

Trendreport ambulante soziale Unterstützungsdienstleistungen im Alter - arbeitswissenschaftliche Perspektiven

Becke, Guido; Bleses, Peter; Gundert, Hannah; Wetjen, Anna

Veröffentlichungsversion / Published Version

Arbeitspapier / working paper

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Becke, G., Bleses, P., Gundert, H., & Wetjen, A. (2011). *Trendreport ambulante soziale Unterstützungsdienstleistungen im Alter - arbeitswissenschaftliche Perspektiven*. (artec-paper, 177). Bremen: Universität Bremen, Forschungszentrum Nachhaltigkeit (artec). <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-58701-6>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Guido Becke, Peter Bleses, Hannah Gundert, Anna Wetjen

**Trendreport ambulante soziale
Unterstützungsdienstleistungen im Alter –
arbeitswissenschaftliche Perspektiven**

**artec-paper 177
Dezember 2011**

ISSN 1613-4907



artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit
Enrique-Schmidt-Str. 7
Postfach 330 440
28334 Bremen
<http://www.artec.uni-bremen.de>

Das Forschungszentrum Nachhaltigkeit ist eine Zentrale Wissenschaftliche Einrichtung der Universität Bremen. Es wurde 1989 zunächst als Forschungszentrum **Arbeit** und **Technik** (artec) gegründet. Seit Mitte der 90er Jahre werden Umweltprobleme und Umweltnormen in die artec-Forschung integriert. Das Forschungszentrum bündelt heute ein multi-disziplinäres Spektrum von – vorwiegend sozialwissenschaftlichen – Kompetenzen auf dem Gebiet der Nachhaltigkeitsforschung. „artec“ wird nach wie vor als ein Teil der Institutsbezeichnung beibehalten.

Das Forschungszentrum Nachhaltigkeit gibt in seiner Schriftenreihe „artec-paper“ in loser Folge Aufsätze und Vorträge von MitarbeiterInnen sowie aus-gewählte Arbeitspapiere und Berichte von durchgeführten Forschungsprojekten heraus (www.artec.uni-bremen.de/paper/paper.php).

Impressum

Herausgeber:

Universität Bremen

artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit

Postfach 33 04 40

28334 Bremen

Tel.: 0421 218 61800

Fax.: 0421 218 98 61800

Web: www.artec.uni-bremen.de

Kontakt:

Andrea Meier

E-Mail: andrea.meier@artec.uni-bremen.de

gefördert durch:



STRATEGISCHE PARTNERSCHAFT
PRODUKTIVITÄT VON DIENSTLEISTUNGEN



Das Forschungs- und Entwicklungsprojekt »COCKPIT«

Das Verbundprojekt COCKPIT (Produktivitäts-Cockpit soziale Dienstleistungen – Messung, Bewertung und Gestaltung der Produktivität in einem dynamisch wachsenden Dienstleistungsmarkt) wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert (Förderkennzeichen 01FL10030). Das Projektkonsortium ist interdisziplinär besetzt und besteht im Kern aus zwei Forschungseinrichtungen und zwei Anwendungspartnern: Rhein-Ruhr Institut für angewandte Systeminnovation (RIAS) e.V., Duisburg; artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit der Universität Bremen; Verein für Innere Mission e.V. Bremen; K.S. Krefelder Seniorenhilfe GmbH. Das Projekt hat eine Laufzeit vom 1.9.2010 bis zum 30.8.2013.

COCKPIT entwickelt und erprobt Ansätze, mit denen die Produktivität sozialer Unterstützungsdienstleistungen analysiert und gestaltet werden kann. Ziel ist die Ausarbeitung eines Produktivitäts-Cockpits, das zu einer integrierten „Schaltzentrale“ zur Produktivitätssteuerung in sozialen Dienstleistungsunternehmen werden soll.

Das Teilvorhaben des artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit im Rahmen des Verbundprojekts COCKPIT zielt auf die Erweiterung herkömmlicher Produktivitätsverständnisse im Dienstleistungssektor, die sich auf die Dimensionen der *Dienstleistungsqualität* und der *Kosten* konzentrieren, um die Dimension der *Arbeitsqualität*. Alle drei Dimensionen bilden ein Dreieck, in dem sich die drei Dimensionen in einem wechselseitigen Beeinflussungsverhältnis befinden und im Ergebnis die Produktivität sozialer Dienstleistungen bestimmen. Die zentrale Aufgabe des artec-Teilvorhabens besteht in der forschungsbasierten Entwicklung praxisorientierter Verfahren und Maßnahmen, um herauszufinden, welche Kriterien für die Arbeitsqualität aus Sicht der Mitarbeitenden besonders wichtig sind und wie sich die Arbeitsqualität so gestalten lässt, dass die Rückwirkungen auf die Qualität der Dienstleistungen und auf die Kosten ebenfalls möglichst positiv sind.

Inhalt

1	Einleitung.....	7
2	Eingrenzung des Feldes	9
3	Zur Entwicklung des Feldes: Von der Altenpflege im Heim und durch die Familie zu ambulanten sozialen Unterstützungsdienstleistungen im Alter (ASUDIA)	13
3.1	Historische Entwicklung der Altenpflege	13
3.2	Zentrale gesellschaftliche Veränderungen	16
3.2.1	Demografischer Wandel	17
3.2.2	Geschlechterrollen und kultureller Wandel	19
3.2.3	Der Kostendruck und die Folgen	20
3.2.4	Zentrale gesellschaftliche Veränderungen – Fazit	25
3.3	Ambulantisierung 1.0: „Ambulant vor stationär“	26
3.4	Ambulantisierung 2.0: Weitergehende Ambulantisierungskonzepte	29
3.4.1	Hybridisierung sozialer Unterstützungsdienstleistungen	32
3.4.2	Die Öffnung der Heime	33
3.4.3	Die Akteursgruppe der Ehrenamtlichen	35
3.5	Neue Formen der Koordination auf Quartiersebene	40
3.5.1	Quartierskonzepte und lokale Vernetzung	40
3.5.2	Prävention und Gesundheitsförderung	51
3.5.3	Einsatz assistierender Technik	55
4	Das ‚Produktivitätsdreieck ambulante soziale Unterstützungsdienstleistungen im Alter‘ (ASUDIA)	61
4.1	Kosteneffizienz	62
4.2	Unterstützungsqualität	63
4.3	Arbeitsqualität	65
4.3.1	Definition des Begriffs ‚Arbeitsqualität‘	65
4.3.2	Interaktionsarbeit als Hauptmerkmal personenbezogener Unterstützungstätigkeiten	67

5	Die Qualität des Arbeitsprozesses – Aktuelle Tendenzen im Feld sozialer Unterstützungsdienstleistungen.....	77
6	Arbeitswissenschaftlicher Ausblick: Folgerungen für das ‚Produktivitätsdreieck ambulante soziale Unterstützungsdienstleistungen im Alter‘ (ASUDIA).....	85
6.1	Potenzielle Auswirkungen zentraler Entwicklungstrends mit Blick auf das ‚Produktivitätsdreieck ASUDIA‘	86
6.1.1	Technische Assistenzsysteme.....	86
6.1.2	Die Ambulantisierung.....	88
6.1.3	Soziale Unterstützungsdienstleistungen im Rahmen von Quartierskonzepten.....	89
6.2	Fazit	93
7	Literatur	95

1 Einleitung

Der ‚Trendreport ambulante soziale Unterstützungsdienstleistungen im Alter‘ bezieht sich auf ein Feld, das im Kern durch die Altenpflege und darüber hinaus bzw. darum herum durch mannigfaltige weitere Unterstützungsangebote gekennzeichnet ist. Der Trendreport wird der Frage nachgehen, welches Produktivitätsverständnis diesem Feld personaler Unterstützungstätigkeiten angesichts seiner dynamischen Entwicklung in den vergangenen zwei Dekaden angemessen ist. Unsere These lautet, dass hier allein ein erweitertes Produktivitätsverständnis passend ist, das neben der Kosteneffizienz auch die Unterstützungsqualität sowie die Arbeitsqualität mit einbezieht. Wir sprechen deshalb erstens von einem Produktivitätsdreieck. Der Begriff soll verdeutlichen, dass zwischen den drei Polen der Kosten, Unterstützungs- und Arbeitsqualität ein gegenseitiges Beeinflussungsverhältnis mit möglichen positiven wie negativen Wechselwirkungen vorliegt. Zweitens kann die Produktivitätsbewertung des Feldes nicht mehr auf die Pflege allein reduziert werden. Vielmehr muss das gesamte in der jüngeren Vergangenheit entstandene Feld der *ambulanten sozialen Unterstützungsdienstleistungen im Alter (ASUDIA)* berücksichtigt werden, das auf die ambulante Pflege einwirkt und sie rahmt. Wir sprechen deshalb auch vom *Produktivitätsdreieck ASUDIA*.

Wir werden im Folgenden zunächst kurz das Analysefeld eingrenzen. Der Fokus soll vor allem auf die ambulante Pflege und hier in einem erweiterten Blick auf das gesamte System der ambulanten sozialen Unterstützungsdienstleistungen im Alter gelegt werden (2.). Anschließend zeigen wir die Entwicklungen des Feldes ‚Altenpflege‘ auf. Ausgangspunkt des Feldes ‚Altenpflege‘ war eine über Jahrzehnte relativ stabile und einfach strukturierte Teilung in zwei große Sphären der Leistungserbringung: Altenheime in der Trägerschaft von Kommunen oder Wohlfahrtsverbänden einerseits sowie die private Pflege in Familien andererseits. Davon ausgehend haben die Entwicklungen des Feldes ‚Altenpflege‘ zu einer starken Komplexitätssteigerung und einer „Hybridisierung“ (Evers/Ewert 2010) geführt. In den vergangenen zwei Jahrzehnten kamen neue Träger und Akteure, neue Regulierungslogiken, neue Arbeitsteilungen, neue Organisationsformen, neue Tätigkeitsfelder sowie eine starke Professionalisierung und Ausdifferenzierung der Dienstleistungen hinzu. Dabei handelt es sich um einen Prozess, der nicht abgeschlossen ist, sondern in der jüngeren Vergangenheit an Dynamik gewonnen hat. Ein wesentlicher Trend ist zudem in der „Ambulantisierung“ der Dienstleistungen zu sehen. Dabei unterscheiden wir verschiedene Formen und Stadien der Ambulantisierung: Die „Ambulantisierung 1.0“ im Zuge der Einführung der Pfl-

geversicherung Mitte der 1990er Jahre und die aktuelle „Ambulantisierung 2.0“, die durch neue, arbeitsteilige Unterstützungskonzepte (z.B. Quartierskonzepte) sowie die nochmals verstärkte Einbeziehung der Erwartungen der Gepflegten gekennzeichnet ist. Im Ergebnis kann gezeigt werden, dass das Feld ‚Altenpflege‘ nicht mehr ausschließlich durch die eigentliche ‚Pflege‘ geprägt ist, sondern genauer von einem Feld mit mannigfaltigen ambulanten sozialen Unterstützungsdienstleistungen zu sprechen ist, die in einer engen Beziehung zur Pflege stehen können, in dem sie die eigentliche Pflegebedürftigkeit hinausschieben können, begleitende Angebote zum Erhalt der Selbstständigkeit oder Dienstleistungen mit enger Anbindung an die Pflege bilden (3.).

Aufbauend auf den geschilderten Entwicklungstrends sowie den gegenwärtigen wie absehbaren Konturen des Feldes ambulanter Unterstützungsdienstleistungen im Alter, stellen wir daraufhin mit dem ‚Produktivitätsdreieck ASUDIA‘ unseren Vorschlag vor, ein dem Feld angemessenes Produktivitätsverständnis zu entwerfen. Dabei ist nicht nur zu beachten, dass die enorme Komplexitätssteigerung sowie die Hybridisierung Probleme der Produktivitätsbestimmung zwischen den drei Polen (Kosten, Unterstützungsqualität, Arbeitsqualität) mit sich bringen. Vielmehr haben sich die Bemühungen einer Produktivitätssteigerung in der Vergangenheit lange auf die Pole ‚Kosten‘ und ‚Unterstützungsqualität‘ konzentriert und weniger bzw. erst in jüngerer Zeit angesichts des drohenden ‚Pflegenotstandes‘ den Pol der ‚Arbeitsqualität‘ in den Fokus genommen. Hier sehen wir daher auch die Hauptlücke der Forschungen zur Produktivitätsbestimmung in der Pflege bzw. Altenpflege im Speziellen wie darüber hinaus auch in den weiteren sozialen Unterstützungsdienstleistungen (4.).

Deshalb werden wir daraufhin zeigen, welche Spezifika die Arbeit im Feld ASUDIA kennzeichnet. Dabei stehen zum einen die Spezifika einer personenbezogenen sozialen Dienstleistung im Vordergrund, die für die Klientinnen und Klienten von existentieller Bedeutung sind. Ganz wesentlich ist dabei das Kennzeichen der Interaktionsorientierung. Zum anderen ist aufzuzeigen, wie sich die zuvor geschilderten Entwicklungstrends des Feldes auf die Arbeit und die verschiedenen Tätigkeitsgruppen auswirken. Insbesondere werden die Ökonomisierung des Unterstützungssektors, die Professionalisierung der Pflege, die Ausdifferenzierung verschiedener Tätigkeitsgruppen sowie die Bedeutungszunahme informeller und ehrenamtlicher Tätigkeit angesprochen (wie hauptamtlich und ehrenamtlich Tätige, examinierte Pflegekräfte, Pflegeassistenten/-innen, Sozialpädagogen/-innen, Quartiersmanager/-innen) (5.).

Den Abschluss bildet ein arbeitswissenschaftlicher Ausblick auf die zu ziehenden Schlussfolgerungen für das ‚Produktivitätsdreieck ASUDIA‘ und dessen Analyse (6.).

2 Eingrenzung des Feldes

Der Trendreport richtet sich in seinem Kern auf das Feld der Altenpflege. Hier konzentrieren wir uns auf den Bereich der ambulanten Pflege, der in der jüngeren Vergangenheit nicht nur bereits stark ausgebaut wurde, sondern der – sowohl was die Wünsche der älteren Menschen als auch die politischen Zielvorgaben anbelangt – zukünftig wohl weiter stark an Bedeutung gewinnen wird. Nach wie vor besitzt die stationäre Pflege zwar eine große Bedeutung und wird – gerade von hochaltrigen und stark pflegebedürftigen Menschen – auch zukünftig weiter nachgefragt werden; dennoch ist die Dynamik des Feldes ‚Altenpflege‘ durch die ‚Ambulantisierung‘ der Hilfen angetrieben worden. Sie strahlt zudem auch auf die stationären Einrichtungen zurück: Zum einen durch die Verschiebungen, die es im Übergang alter Menschen vom ambulanten in den stationären Bereich sowie im dann erforderlichen Unterstützungsbedarf gegeben hat; zum anderen auch dadurch, dass es erste Ansätze gibt, den ganzheitlichen Charakter der stationären Unterstützung durch eine Aufgabenverlagerung an ambulante Anbieter (z.B. Pflegedienste) aufzulösen (Heil 2011).

Das Feld der ambulanten Altenpflege ist in den vergangenen Jahrzehnten durch eine starke Komplexitätssteigerung gekennzeichnet. Im Zuge der Entwicklungen sind neue Anbieterstrukturen, neue Träger und immer vielfältiger werdende Aufgabentrennungen und Beziehungen zwischen verschiedenen Anbietern, Trägern und Personengruppen entstanden, die im Feld tätig sind. Wir werden hierauf im anschließenden Kapitel ausführlich eingehen. Für die Eingrenzung des Feldes Altenpflege und Analysen der Produktivität von Pflegedienstleistungen ist aus der Komplexitätssteigerung jedoch bereits jetzt ein wichtiger Schluss zu ziehen: Eine auf die ‚eigentliche‘ Pflege älterer Menschen reduzierte Analyse wird dem Feld und der Beurteilung der Produktivität von Dienstleistungen in der Pflege älterer Menschen nicht mehr gerecht. Es würden zu viele Einflussfaktoren, die auf die Produktivität der Dienstleistung Pflege einwirken können, außer Acht bleiben.

Stattdessen weitet sich unser Blick im Trendreport deshalb tendenziell auf das gesamte Feld der *ambulanten sozialen Unterstützungsdienstleistungen im Alter (im Folgenden: ASUDIA)*. Das schließt die eigentliche Pflege, die durch meist professionelle, examinierte, hauptamtlich tätige Pflegekräfte bzw. ambulante Pflegedienste erbracht wird, mit ein, geht aber über sie hinaus. Zusätzlich sind alle jene sozialen Dienstleistungen einzubeziehen, die von unterschiedlichen Anbietern und Gruppen von Tätigen zur

Unterstützung älterer Menschen erbracht werden und die sozialen und körperlichen Grundbedürfnisse älterer Menschen betreffen. Hier sind beispielsweise zu nennen:

- Sozialdienste, die mannigfaltige Angebote unterbreiten (Besuchsdienste, Haushaltsdienstleistungen, Einkaufshilfen, Hilfen bei Anträgen usw.),
- Vermittlungsagenturen, die als Organisationszentrum eines Netzwerkes von unterschiedlichen Anbietern (Apotheken, Pflegedienste, Hausnotrufe usw.) ein breites Angebots- und Leistungsspektrum anbieten können,
- ehrenamtlich Tätige, die z.B. im Rahmen von Quartierskonzepten in vielfältiger Weise eingesetzt werden und hauptamtlich Tätige ergänzen oder unterstützen.

All diese Dienstleistungen wirken sich teilweise mittelbar, teilweise sogar unmittelbar auf die Produktivität der ambulanten Altenpflege aus. So kann eine gute Versorgungsstruktur mit den genannten, die Pflege ergänzenden oder ihr vorangehenden Dienstleistungen in einem Wohnquartier dazu führen, dass ältere Menschen später oder vielleicht gar nicht in eine stationäre Einrichtung wechseln müssen. Das kann sich zum einen sehr positiv auf die Wirtschaftlichkeit der notwendigen Unterstützungsleistungen im Alter auswirken. Das kann zum anderen auch sehr positive Effekte auf die Lebens- und Unterstützungsqualität im Alter besitzen. Wir sprechen deshalb auch nicht von einem Produktivitätsdreieck ‚ambulante Altenpflege‘, sondern von einem Produktivitätsdreieck ‚*ambulante soziale Unterstützungsdienstleistungen im Alter*‘ (ASUDIA).

Trotz dieser Eingrenzungen werden wir im Trendreport allerdings immer wieder auch nach links und rechts schauen, um allgemeine Entwicklungstrends und Kennzeichen der Pflege- und der weiteren sozialen Unterstützungsarbeit aufnehmen und berücksichtigen zu können. Das ist schon allein deshalb nötig, weil die ambulante Altenpflege zwar ein spezieller Pflegebereich ist, aber auch viele Charakteristika besitzt, die die Pflege generell kennzeichnen. Allerdings werden wir dabei versuchen, die Bedeutung dieser Entwicklungen und Kennzeichen für die ambulante Pflege bzw. der weiteren sozialen Unterstützungsdienste im Alter zu beachten. In manchen Fällen sind wir dabei jedoch auf Mutmaßungen angewiesen, weil der ambulante Sektor – gerade im Hinblick auf die Arbeitsqualität – noch sehr viel weniger und sehr viel lückenhafter analysiert wurde als die stationäre Alten- und Krankenpflege.

Wir sprechen im Folgenden immer übergreifend von *Unterstützungsdienstleistungen* und nur dann von (Alten)Pflege, wenn wir speziell die (Alten)Pflege meinen. Das wird vor allem in den Teilen der Fall sein, wo es um die Arbeitsqualität geht, denn es liegen

fast ausschließlich allein Untersuchungen nur zur Arbeitsqualität von Pflegenden, nicht aber von sonstigen im Unterstützungssektor Tätigen vor.

3 Zur Entwicklung des Feldes: Von der Altenpflege im Heim und durch die Familie zu ambulanten sozialen Unterstützungsdienstleistungen im Alter (ASUDIA)

Im Pflege- und Gesundheitswesen vollzieht sich seit vielen Jahren ein tiefgreifender Wandel. Dominierten bis vor einigen Jahrzehnten (vor Einführung der Pflegeversicherung 1995) überwiegend zwei Formen der Altenpflege: stationäre Pflege in einer Altenpflegeeinrichtung oder häusliche Pflege (vorwiegend) durch Angehörige, so existiert inzwischen eine Vielfalt an Unterstützungsangeboten. Altenpflege findet nach wie vor größtenteils in der Familie statt, aber mit vielfältigen ergänzenden Leistungen (DBfK 2010: 3).

Der Wandel des Pflege- und Gesundheitssystems hat verschiedene Ursachen. Die wichtigste Ursache stellt der demografische Wandel dar. Die durch den demografischen Wandel entstehenden Kosten bedrohen Kommunen und Länder mit ihren ohnehin meist leeren Kassen. Auf diese Problematik wird durch eine Ökonomisierung des Pflege- und Gesundheitssystems reagiert. Neben den Veränderungen, die insbesondere die finanziellen Gesichtspunkte betreffen, gibt es weitere Veränderungen, die Folgen für das Pflegesystem haben, z.B. der Wandel in den Geschlechterverhältnissen und der kulturelle Wandel. Das politische Leitbild ‚ambulant vor stationär‘ ist zugleich Reaktion wie Triebfeder solcher Veränderungen.

3.1 Historische Entwicklung der Altenpflege

Die ersten Heime, in denen alte Menschen betreut wurden, waren in aller Regel konfessionell geprägt, denn Altenpflege war lange Zeit eine Domäne der Kirchen (Evers 2002: 88). Dies änderte sich auch nicht grundsätzlich mit Einsetzen der Industrialisierung. Altenpflege durch Dritte wurde zwar notwendiger, aber auch diese übernahmen in aller Regel die Kirchen (Kumbruck 2010: 189). Mit der Zeit kamen Alten- und Pflegeheime auf, die von öffentlicher Hand getragen wurden. Freie Schwesternschaften arbeiteten unter strengen Rahmenbedingungen: Kost- und Logiszwang auf dem Gelände, Zölibat, keine Arbeitszeitregelungen (ebd.). Altenpflege wurde nicht als Erwerbsarbeit verstanden, sondern als „Dienst am Nächsten“ (Rieder 1999) bzw. Berufung und Lebensform (Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2006: 4). Ein Privatleben der Schwestern war nicht vorgesehen (Kumbruck 2010: 189). Dennoch war der Eintritt in eine Schwesternschaft für Frauen eine Möglichkeit, sich aus ihrer angestammten Familienrolle zu emanzipieren. Unverheirateten Frauen gab die Schwesternschaft die

Chance zu einer Berufsausbildung und -ausübung sowie die Möglichkeit, für den eigenen Lebensunterhalt zu sorgen. Ferner bot sie ein Gemeinschaftsleben und eine lebenslange Versorgung (Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2006: 17).

In ihrer Arbeit führten die Schwestern zahlreiche Tätigkeiten aus, auch Hilfstätigkeiten, wie das Ausleeren der Mülleimer. Situationen, in denen Hilfstätigkeiten ausgeübt wurden, boten sich an, um Patientinnen und Patienten die Zuwendung zu geben, die sie brauchten, da das Erscheinen der Schwester wie eine natürliche Situation wirkte (ebd.: 44). Die Schwestern waren jederzeit verfügbar. Ihre Aufgaben waren umfassend und wenig untergliedert. Es handelte sich demnach um eine *ganzheitliche Pflege*. Allerdings brachten die schwierigen Arbeitsbedingungen, die geringe Kontrolle der Arbeit der Pflegekräfte und das starke Machtgefälle zwischen hilfsbedürftiger Person und barmherziger Schwester auch Probleme wie Gewalt, Misshandlung und Vernachlässigung mit sich (Roth 2007).

Die Altenpflege im Heim war also überwiegend durch eine Berufsgruppe gekennzeichnet, durch mehr oder weniger gut ausgebildete Schwestern. Zwar gab es auch eine klare hierarchische Struktur mit Pastor, Vorsteher, Vorsteherin und Aufseherin, aber im Wesentlichen gab es nur eine Akteursgruppe (Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2006: 5). Die Einrichtungen mussten auffangen, was nicht durch die gängige Form der familiären häuslichen Unterstützung alter Menschen geleistet werden konnte. Diese Zustände existierten teilweise bis in die 1960er Jahre (Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2006: 4).

Die häusliche Altenpflege durch Angehörige ohne professionelle Hilfe war damals und ist bis heute jedoch quantitativ viel bedeutsamer. Für diese Pflegetätigkeiten waren schon immer Frauen zuständig. Dies ergab sich aus einer traditionellen geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung (Kumbruck 2010: 189). Männer sind nur dann in der häuslichen Pflege eingebunden, wenn es sich um die eigene Partnerin handelt. Selbst Söhne überlassen die Pflege und Unterstützung ihrer Eltern lieber der Ehefrau (Kumbruck 2009: 63):

„Bis heute sind die Unterstützungsleistungen aus der Familie – insbesondere von Töchtern und Schwiegertöchtern sowie EhepartnerInnen – die wichtigste Ressource für Hilfe und Pflege im Alter“ (Evers 2002: 89).

Die Hauptpflegeperson ist zunächst einmal für alles zuständig. Manchmal werden spezifische Aufgaben, wie beispielsweise der Spaziergang, von anderen Akteuren der Familie übernommen.

Eine Unterstützung allein durch die Familie ist ebenfalls nicht unproblematisch. Abhängigkeiten oder unausgesprochene Verpflichtungen können auch hier zu Vernach-

lässigkeit und Gewalt führen (Bubolz-Lutz 2006). Heute werden zwei Drittel der Pflegebedürftigen zu Hause betreut. Über die Hälfte aller Pflegebedürftigen wird allein durch Angehörige und Ehrenamtliche ohne jede Unterstützung von Hauptamtlichen gepflegt (Senghaas-Knobloch 2010c: 89). Viele Pflegebedürftige gehen erst ins Heim, „nachdem sie bereits jahrelang zu Haus und teilweise unter prekären Bedingungen versorgt wurden. Vor diesem Hintergrund ist zu vermuten, dass zahlreiche Haushalte die Versorgung Pflegebedürftiger bis zur Überforderung leisten“ (Voges 2002: 73).

Die öffentliche Altenhilfepolitik förderte bis in die 1980er Jahre vor allem Versorgungsangebote im Heimbereich. Dies geschah aufgrund der Annahme, dass eine steigende Dichte von Alten- und Pflegeheimen eine bessere Grundversorgung im Alter bewirkt. Die Zahl der Heimplätze stieg von 230.000 im Jahr 1970 auf 730.000 im Jahr 2005 (Burkhard 2009: 647). Es wurde jedoch zunehmend schwieriger, die stationäre Versorgung zu finanzieren. Zugleich erhöhte sich die Nachfrage nach vorstationären Diensten. Dies führte zu einer veränderten Altenhilfepolitik mit dem neuen Leitbild „ambulant vor stationär“ (Voges 2002: 204).

Die zunächst vorwiegend von Gemeindeschwestern geleisteten ambulanten Dienste standen seit den 1970er Jahren vor dem Problem eines fehlenden Nachwuchses, was zu einem Rückgang der konfessionellen Gemeindekrankenpflege führte. Daraufhin begann der Aufbau von Sozialstationen und einer mehr oder weniger ambulanten Altenpflege, die aber als Kurzzeitpflege bis zum Heimeintritt verstanden wurde. Auch das Versorgungsangebot änderte sich. Bei der Gemeindeschwester gab es eine ganzheitliche Versorgung. Bei den Sozialstationen standen refinanzierbare Leistungen im Vordergrund, die seelsorgerische Betreuung entfiel weitestgehend (ebd.: 206). Heute sind die meisten Altenheime folgendermaßen organisiert: Es gibt eine Heimleitung, die Pflegedienstleitung und evtl. Qualitätsbeauftragte und/oder Pflegeüberleitungskräfte. Daneben existieren eine Verwaltungs-, eine Hauswirtschafts- und evtl. eine Raumpflegeabteilung, welche jedoch häufig fremdvergeben sind.

Die Altenheime sind in der Krankenhausversorgung verwurzelt. Dies lässt sich nicht nur an der Architektur (z.B. lange Gänge), sondern auch an den strengen Zeitplänen erkennen, die kaum eine Mitgestaltung der Tagesabläufe durch die Bewohnerinnen und Bewohner ermöglichen. Es wird zumeist in Bereichspflege gearbeitet (Glaser/Höge 2005: 13). Dies geschieht im Drei-Schicht-System, wobei es sich häufig um Wechselschichten handelt. In vielen Einrichtungen findet sich zudem der so genannte geteilte Dienst, bei dem die Pflegekräfte morgens arbeiten und nach einer längeren Pause nachmittags an die Arbeit zurückkehren. Fast 50 % der Beschäftigten in Pflegeheimen arbeiten in Teilzeit. Ca. die Hälfte der Arbeitszeit entfällt auf die

Grundpflege, 15 bis 20 % auf die Behandlungspflege. Die restliche Zeit wird für psychosoziale Betreuung, Dokumentation, Übergaben, Dienstgespräche und weitere Nebentätigkeiten verwendet (ebd.: 14).¹

Heime stehen heute vor vollkommen neuen Herausforderungen. Stationäre Pflegeeinrichtungen waren ursprünglich als Wohneinrichtungen für alte Menschen gedacht. Heute leben in diesen Einrichtungen zugleich Demenzkranke, immobile und bettlägerige Menschen sowie sterbende Menschen. Letztere bedürfen aber einer völlig anderen Unterstützung als beispielsweise Demenzkranke (Christen 2009: 111). Diese Entwicklungen stellen Träger stationärer Pflegeeinrichtungen vor neue Herausforderungen in Bezug auf ihre räumlichen Gegebenheiten, Unterstützungskonzepte, Organisationsstrukturen und -abläufe und die Arbeitsbedingungen der Mitarbeitenden (ebd.: 111).

Die sichtbarsten Veränderungen haben sich jedoch weniger in den Heimen als außerhalb von ihnen vollzogen. Ambulante Pflegedienste sind in ihrer heutigen selbstverständlichen Form kaum älter als 15 Jahre. Um die ambulante Altenpflege angemessen einordnen zu können, werden die bereits genannten zentralen gesellschaftlichen Veränderungen genauer beschrieben.

3.2 Zentrale gesellschaftliche Veränderungen

Zentrale gesellschaftliche Veränderungen mit massiven Auswirkungen auf den Pflegebereich stellen insbesondere der demografische Wandel und die Ökonomisierung im Pflegebereich dar. Neben den Veränderungen in der Altersstruktur und dem Einzug privatwirtschaftlicher Interessen haben ferner Veränderungen in den Geschlechterrollen im Rahmen des sozio-kulturellen Wandels zentrale Auswirkungen auf den Altenpflegebereich.

¹ „Eine Unterteilung in Grund-, Behandlungspflege und psychosoziale Betreuung ist nach Ansicht der Pflegewissenschaften in der Praxis sehr schwer vorzunehmen, da diese Arbeitshandlungen sich gegenseitig bedingen und eine Zergliederung gerade auch mit Blick auf die Forderung nach ganzheitlicher Pflege wenig sinnvoll ist. Gleichwohl wird diese Unterteilung in der Pflegeversicherung zugrunde gelegt“ (Glaser/Höge 2005: 14).

3.2.1 Demografischer Wandel

Die Veränderung der durchschnittlichen Lebenserwartung in einer Gesellschaft ist ein wichtiger Faktor für den demografischen Wandel. Bis Mitte des 20. Jahrhunderts war die höhere Lebenserwartung vor allem ein Resultat der geringeren Sterblichkeit im Säuglings- und Kindesalter (Voges 2002: 58). Danach stieg die Lebenserwartung durch verbesserte somatische und sozioökonomische Bedingungen, einen höheren Stand der medizinischen Versorgung und veränderte individuelle Verhaltensweisen (ebd.: 60). Nicht nur die Lebenserwartung ist in den letzten Jahren gestiegen, sondern auch die behinderungsfreie Lebenserwartung (Christen 2009: 106).

Die entscheidende Größe für den demografischen Wandel stellt jedoch die Veränderung der Geburtenrate dar. Der eingetretene Geburtenrückgang hat die Altersstruktur stark verändert. Zu Beginn der 1960er Jahre lag die Geburtenrate in Deutschland bei ca. 2,5 Kindern je Frau, 2009 lag sie nur noch bei 1,36 (Statistisches Bundesamt 2011). Mit dem demografischen Wandel steigt der Anteil der Personen, die über 65 Jahre alt sind. Im Jahr 1970 waren dies noch 13,2 % und 1999 bereits 16,8 % der Gesamtbevölkerung (Güntert 2003: 39). Auch die Relationen zwischen Jung und Alt verändern sich: Waren 2005 noch 20 % der Bevölkerung jünger als 20 Jahre und 19 % älter als 65 Jahre, werden im Jahr 2050 ca. 30 % der Bevölkerung über 65 Jahre alt sein und nur 15 % unter 20 Jahre (Statistische Ämter 2007). Die am schnellsten wachsende Bevölkerungsgruppe ist jedoch der Personenkreis der über 80-jährigen (Christen 2009: 105). Im hohen Alter nehmen Multimorbidität, chronische Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit, Mobilitätseinschränkungen sowie Depressionen und Demenzerkrankungen zu (Naeyele 2011: 405).

Derzeit gibt es in Deutschland 2,34 Millionen Pflegebedürftige (vgl. Abbildung 1). Schätzungen zufolge könnte diese Zahl bis zum Jahre 2020 auf 2,9 Millionen und 2030 auf 3,4 Millionen Pflegebedürftige steigen. Dabei wird für folgende Personengruppen in Zukunft ein erhöhter Bedarf an sozialen Unterstützungsdienstleistungen (also nicht nur Pflegebedarf) erwartet: Personen mit Demenz-Erkrankungen, ältere Menschen mit Behinderungen, allein lebende ältere Menschen, helfende und/oder pflegende Angehörige, ältere Menschen mit Migrationshintergrund (ebd.: 412).

Abb. 1: Pflegebedürftige 2009 nach Versorgungsart (Statistisches Bundesamt 2009)

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009, eigene Darstellung

2,34 Millionen Pflegebedürftige insgesamt		
zu Hause versorgt: 1,62 Millionen (69 %)		in Heimen vollstationär versorgt: 717.000 (31 %)
allein durch Angehörige: 1,07 Millionen	(auch) durch ambulante Pflege- dienste: 555.000	
	12.000 ambulante Pflegedienste mit 269.000 Beschäftigten	11.600 Pflegeheime mit 621.000 Beschäftigten

Der steigenden Anzahl an Pflegebedürftigen steht eine sinkende Anzahl des privaten und professionellen Unterstützungspotenzials gegenüber (Naegele 2007: 6). In der Altenpflege wird der Arbeitskräftebedarf die Zahl potenzieller Einsteiger in den Beruf weit übersteigen. Je nach Berechnung werden bis 2040 weitere 170.000 (Voges 2002: 64) bzw. bis 2050 weitere 340.000 Pflegekräfte (Naegele 2007: 6) benötigt. Diese Berechnungen beziehen sich auf Vollzeitkräfte. Derzeit arbeiten in den Heimen jedoch fast 50 % der Beschäftigten in Teilzeit. In der ambulanten Pflege sind es sogar fast zwei Drittel aller Beschäftigten (Glaser/Höge 2005: 14-16). Zudem verlassen viele Pflegekräfte den Pflegesektor frühzeitig (Simon et al. 2005: 53).

Um den Personalbedarf zu decken, werden insbesondere Lösungen wie Arbeitszeitausweitung bei den Teilzeitbeschäftigten, verstärkte Bemühungen in der Ausbildung, Umschulungen, gezielte Migrationspolitik und eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit diskutiert (Naegele 2007: 6). Auch die Förderung einer längeren Berufsverweildauer spielt eine große Rolle, denn viele Pflegekräfte verlassen ihren Beruf frühzeitig. Gründe hierfür sind beispielsweise fehlende Entwicklungsmöglichkeiten bei der Arbeit und Konflikte bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie (BAuA 2005: 131).

„Da für die (Alten)Pflege [...] gilt, dass die Rationalisierungsspielräume, d.h. die Spielräume für die Substitution von menschlicher Arbeitskraft durch Technik etc. nur gering und zudem auch aus humanitären Gründen in sehr vielen Fällen auch nicht wünschenswert ist, gilt es, in der (Alten)Pflege ein doppeltes Alterungsproblem beim Personal zu lösen: Mit mehr älteren (Alten)Pflegekräften einen wachsenden (Alten)Pflegebedarf decken und zugleich dafür sorgen, dass mehr ältere (Alten)Pflegekräfte auch länger in der (Alten)Pflege verbleiben“ (Naegele 2007: 7).

Neben dem Problem der personellen Absicherung gibt es das Problem der finanziellen Absicherung. Schlecht bezahlte Beschäftigungen führen zu geringen Leistungsansprüchen in den Sozialversicherungen und damit zu einer unzureichenden Absicherung im Alter (Voges 2002: 90). Auch hierin dürfte ein wichtiger Grund für den Personal-mangel in der Pflege zu sehen sein.

3.2.2 Geschlechterrollen und kultureller Wandel

Es gibt die schon lange geltende und immer noch wirksame Leitvorstellung, dass Altenpflege eine Tätigkeit ist, „in der man (vor allem frau) für andere und nicht für sich selbst da ist“ (Dunkel 2005: 227).

„Mit dem Verweis auf das Selbstbestimmungsrecht und die menschliche Würde Älterer, die zur Begründung des Vorrangs häuslich-ambulanter Pflege sowohl in der Literatur, als auch vom Gesetzgeber stark betont werden, geht leicht der Blick auf das Selbstbestimmungsrecht und die menschliche Würde der Pflegenden – meist Frauen – verloren. Mit einer fürsorglichen Rhetorik kann auch die Ignoranz gegenüber den Pflegenden verbunden sein.“ (Rumpf 2010: 108).

Die Pflegeversicherung sorgt mit ihrem Ansatz „ambulant vor stationär“ und mit der Erhöhung der Leistungssätze im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, die nur für die häusliche und ambulante Pflege in den Pflegestufen 1 und 2 gewährt wird, dafür, dass Pflege möglichst zu Hause stattfinden soll. Zumeist sind es Frauen, die sich um Unterstützung kümmern und eine berufliche Freistellung für diese Aufgaben in Anspruch nehmen. Es gibt damit zwar eine gewisse finanzielle Anerkennung der privaten Unterstützungsleistungen, aber die traditionellen Geschlechterarrangements werden fortgesetzt (Senghaas-Knobloch 2010c: 89).

Die Veränderungen der Geschlechterbeziehungen sowie Individualisierungs- und Pluralisierungstendenzen gehen jedoch mit einer steigenden Erwerbstätigkeit von Frauen einher (ebd.: 14). Bei zunehmender Erwerbstätigkeit von Frauen wird der Bedarf an professioneller Hilfe weiterhin steigen (Voges 2002: 71).

Der kulturelle Wandel zeichnet sich nicht nur durch veränderte Geschlechterrollen aus. Auch Veränderungen in den Wohn- und Lebensformen, getrenntes Wohnen der Generationen, die Zunahme von Ein-Personen-Haushalten auch im Alter (50 % der über 65-jährigen leben allein) sowie geringere Heirats- und höhere Scheidungszahlen (Voges 2002: 66f.) zeichnen diesen Wandel aus (siehe auch Naegele 2011: 412).

Die professionelle Pflege wird mit einem Anteil von 92 % ebenfalls von Frauen dominiert (Kumbruck 2010: 189). Die geringe Anzahl der Männer in der Pflege hat Gründe: Leitungskräfte stellen eher weibliche Pflegekräfte ein, da sie diese breiter einsetzen

können. Es wird argumentiert, dass männliche Ärzte von Frauen als Hierarchiepersonen und Zivildienstleistende als Enkel-Ersatz akzeptiert würden. Hingegen würden Männer als Pflegepersonal im Bereich der direkten körperlichen Pflege von pflegebedürftigen Frauen seltener akzeptiert. Und gerade Frauen machen einen Großteil der Pflegebedürftigen aus (Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2006: 22). Ein weiterer Grund ist die Absprache von Kompetenzen, wie beispielsweise Emotionalität, die als typisch weiblich gelten² und in der Pflege als notwendig erachtet werden. Außerdem bleiben viele Männer nicht lange im Pflegebereich, sondern suchen den Weg in Führungspositionen (ebd.: 23). Insbesondere im konfessionellen Bereich gibt es eine weitgehende paternalistische Tradition.

3.2.3 Der Kostendruck und die Folgen

Die Gesundheitsreformen in Deutschland und ganz Europa sind geprägt von dem Versuch, Markt- oder marktähnliche Mechanismen einzuführen. Bisher ist es in den meisten europäischen Ländern nicht gelungen, die Kosten für das Gesundheitswesen einzudämmen. Die Kosten liegen in vielen Ländern bei über 10 % des BIP mit steigender Tendenz (Güntert 2003: 37). Die Argumentation für mehr Markt und weniger Staat im Bereich des Gesundheitswesens folgt dabei einem Muster und kann – trotz länderspezifischer Unterschiede, die zu berücksichtigen sind – folgendermaßen zusammengefasst werden: Die finanzielle Lage auf allen staatlichen Ebenen ist angespannt, d.h. es braucht entweder neue Finanzierungsquellen oder finanzielle Entlastungen. Die Finanzierung des Gesundheitssystems ist in Deutschland stark an das Arbeitseinkommen gekoppelt. Neue Finanzierungsquellen werden nicht gesehen, da die Erhöhung von Sozialversicherungsbeiträgen und Steuern in einer unter Konkurrenzdruck stehenden globalisierten Wirtschaft nicht durchzusetzen sind. Folglich bedarf es Maßnahmen zur finanziellen Entlastung (ebd.: 37-38). Für Deutschland gilt, dass be-

² Die Eigenschaften, die Frauen zugeschrieben werden und sie für die Pflegearbeit besonders qualifiziert erscheinen lassen, werden auch von Frauen selbst als weibliche Kompetenzen gesehen, die sie Männern absprechen (Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2006: 22).

reits in den 1970er und 1980er Jahren von Seiten der Gesundheitspolitik immer wieder versucht wurde, die steigenden Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen. Zu Beginn der 1990er Jahre wurden marktwirtschaftliche Anreize im Gesundheitswesen gestärkt:

„Heute wird die Gesundheitsversorgung längst nicht mehr als ein ausschließlich staatlich zu regulierender Aufgabenbereich definiert, sondern auch als ein expandierender Wirtschafts- und Wachstumssektor wahrgenommen, deren Akteure sich um qualitativ hochwertige, bedarfsangemessene und zugleich wirtschaftliche Leistungen bemühen sollen. Immer öfter geschieht dieses im Rahmen von typischen Marktprinzipien des Wettbewerbs und der Konkurrenz um knappe Ressourcen und Qualität. Geld ist demzufolge nicht mehr nur Mittel zum Zweck, sondern avancierte selbst zum Steuerungsmedium der Krankenversorgung“ (Slotala/Bauer 2009: 54).

Die zunehmende marktwirtschaftliche Ausrichtung im Gesundheitswesen und insbesondere im Pflegebereich wird unter anderem geprägt durch die finanziellen Krisen der kommunalen Sozialpolitik, neue Steuerungsformen und erhöhten Wettbewerb (Schmidt/Klie 1999: 14). Außerdem ist sie gekennzeichnet durch eine steigende Konkurrenz zwischen den Anbietern, die Wahrnehmung der Patientinnen und Patienten als Kundinnen und Kunden und den Einzug eines neuen Qualitätsverständnisses in gesundheitsbezogenen Dienstleistungen (Müller/Thielhorn 2000: 18).

Gesetzlich wurde die Ökonomisierung durch das Pflegeversicherungsgesetz vom 1.4.1995 verstärkt. Durch die Pflegeversicherung wurde Pflegebedürftigkeit erstmals gesetzlich geregelt und der Kreis der Leistungsberechtigten erweitert.

„Pflegebedürftig [...] sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen“ (§ 14 SGB XI).

Die soziale Pflegeversicherung ist eine gesetzliche Teilkasko-Pflichtversicherung, die eine einkommensunabhängige Grundversorgung pflegerischer Leistungen gewähren soll (Voges 2002: 91). Sofern die Grundversorgung im häuslichen und teilstationären Bereich erfolgt, muss sie durch familiäre oder ehrenamtliche Unterstützung ergänzt werden. In der Pflegeversicherung werden für die Pflege lediglich geldlich fixierte Zuschüsse oder begrenzte Pflegeleistungen gewährt (Senghaas-Knobloch 2010c: 87). Leistungen, die darüber hinausgehen, müssen selbst getragen werden (Wohlfahrt 1999: 4).

Mit Einführung der Pflegeversicherung kam es zu einer Ausbreitung der ambulanten Pflege (Müller/Thielhorn 2000: 15), da „der Vorrang der häuslichen Pflege vor der stationären Versorgung als gesundheitspolitisches Ziel gesetzlich verankert [wurde]“

(Glaser/Höge 2005: 16). Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 beinhaltet einige Veränderungen und auch Verbesserungen in Bezug auf Fehlanreize, die im ersten Gesetz enthalten waren. Der Beitragssatz sowie das Pflegegeld für die private Pflege und die Sachleistungen für die ambulante und stationäre Pflege wurden erhöht. Ferner wurde die Einrichtung von Pflegestützpunkten, die Verbesserung der Demenzbetreuung in Pflegeheimen und ein gesetzlicher Anspruch auf Freistellung von Beschäftigten für die private Pflege beschlossen. Außerdem sollen die Qualitätsprüfungen verbessert werden und Anreize zur Senkung der Pflegestufe von Patientinnen und Patienten geschaffen werden (Senghaas-Knobloch 2010c: 88). Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz setzt zudem vermehrt auf ehrenamtliches und nachbarschaftliches Engagement. So können beispielsweise die Kosten für die Qualifizierung und den Einsatz Ehrenamtlicher von Einrichtungen geltend gemacht werden (ebd.: 89).

Bis zum Pflegeversicherungsgesetz wurden freie Träger bei der Übernahme von Aufgaben im Pflegebereich gefördert. Private Träger erhielten erst nach Vereinbarung mit den Kommunen einen Zugang zum Pflegemarkt. Somit waren die Wohlfahrtsverbände in einer Sonderstellung (Voges 2002: 202). Dieses Modell erschien jedoch nicht mehr finanzierbar, so dass mit dem Pflegeversicherungsgesetz ein geregelter Markt entstand (ebd.: 203). Mit der Pflegeversicherung kam es zu zahlreichen Zulassungen von ambulanten Pflegediensten (ebd.: 207). Konkurrenz und Wettbewerb zwischen den Anbietern sollen die Leistungsbereitschaft der Pflegedienste erhöhen (ebd.: 203). Seit Einführung der Pflegeversicherung wird hinsichtlich der Förderung keine Unterscheidung mehr zwischen freigemeinnützigen und privaten Trägern vorgenommen (Wohlfahrt 1999: 4). Sie sind nun formal gleichberechtigt (Voges 2002: 203). Durch den Abbau staatlicher Förderung der frei gemeinnützigen Dienste und Einrichtungen haben diese in den letzten Jahren einen großen Wandel durchlaufen müssen, vom Preiswettbewerb bis hin zu interner Reorganisation (Schmidt/Klie 1999: 16). Aufgrund des Preiswettbewerbs kommt es zu Trägerfusionen (Schmidt/Klie 2000: 13).

Auch die europäische Politik nimmt Einfluss auf die marktwirtschaftlichen Veränderungen im Gesundheitswesen (Slotala/Bauer 2009: 54). So können durch den europäischen Integrationsprozess beispielsweise neue Investoren den Pflegemarkt betreten, wodurch eine Internationalisierung der Pflege entsteht. Nicht selten handelt es sich bei diesen Investoren um Aktiengesellschaften und Pflegekonzerne, die ausschließlich gewinnorientiert arbeiten und in Deutschland auf eine Pflegelandschaft treffen, die bis vor kurzem nicht wettbewerbsförmig strukturiert war und die, wie im Fall der freien Wohlfahrtspflege, einen hohen Sanierungsbedarf von Pflegeeinrichtungen hat. Dieser Sanierungsbedarf kann aufgrund der unzureichenden öffentlichen Investitionsförde-

rung von Investoren aus dem In- und Ausland übernommen werden (Schmidt/Klie 2000: 13). Zudem wird der Sonderstatus der freien Wohlfahrtspflege durch das EU-Wirtschaftsrecht angetastet (Wohlfahrt 1999: 3). Mit dem EU-Binnenmarktkonzept wird auf die Errichtung eines weitgehend deregulierten und durch Wettbewerb gesteuerten Marktes für alle wirtschaftlichen Tätigkeiten gezielt. Soweit die Leistungen der Freien Wohlfahrtspflege gegen Entgelt oder in Konkurrenz zu kommerziellen Unternehmen angeboten werden, fallen sie unter das Kriterium „wirtschaftlich“. Erhalten sie auch staatliche Zuwendungen, fällt dies unter das Beihilfeverbot. Nach dem EU-Wirtschaftsrecht sind staatliche Zuwendungen an die Träger der freien Wohlfahrtspflege demnach verboten (Schmidt/Klie 1999: 15).

Die Ökonomisierung der Pflege zeigt sich an verschiedenen Punkten. Der enorme Kostendruck sorgt nicht nur dafür, dass trotz steigender Anzahl Pflegebedürftiger im Zeitraum von 1995 bis 2007 bundesweit ca. 50.000 Stellen in der Pflege abgebaut wurden (dip 2007). Die Ökonomisierung der Pflege zeigt sich auch in der Ausweitung der Dokumentationsanforderungen und der Standardisierung der Pflegeleistungen, so dass nur noch professionelle Pflegetätigkeiten abrechnungsfähig sind und für Gespräche oder emotionale Zuwendung wenig Zeit bleibt (Bornheim 2008: 172).

„Häufig wird [...] beklagt, dass bei dem Zeitaufwand, der seit Einführung der Pflegeversicherung für Dokumentationsarbeiten zu erbringen ist, zu wenig Zeit bleibt, um sich mit den psychosozialen Bedürfnissen der Bewohner angemessen auseinanderzusetzen“ (Glaser/Höge 2005: 14).

Durch Privatisierung, Deregulierung und Internationalisierung steigt der Kostendruck auf personenbezogene soziale Dienstleistungen. Dies hat Konsequenzen für die Beziehungsstrukturen zwischen Dienstleistern und Kundinnen und Kunden (Bienzeisler/Löffler 2006: 214). Das Beziehungsgefüge wird fragiler und unberechenbarer. Rationalisierung und Produktivitätssteigerung werden für die Anbieter von Dienstleistungen zur Notwendigkeit. Ökonomisierung und eine damit verbundene Arbeitsintensivierung können dazu führen, dass professionelle Pflegestandards missachtet und die Ansprüche der Gepflegten an eine in ihren Augen angemessene Pflege verletzt werden (z.B. durch die Depersonalisierung von Pflege aufgrund von Arbeitsüberlastung) (vgl. Senghaas-Knobloch/Kumbruck 2008; Kumbruck 2009; Aichele/Schneider 2006).

„Durch Privatisierungen in Verbindung mit der Einführung von Quasi-Marktgesetzen in der Pflege hat sich die Arbeitssituation in der beruflichen Pflege [...] eher verschlechtert. Mehr Nachfrage nach Kräften in der Pflege steht ein interner Organisationsdruck zu Effizienzkriterien und Maßnahmen, wie sie aus dem Taylorismus in der Industrie bekannt sind, gegenüber“ (Senghaas-Knobloch 2010c: 105).

Abb. 2: Aufhebung des Pflegenotstands durch Neuorganisation

Quelle: Voges 2002: 195



Ein strukturelles Problem sozialer Dienste ist der Druck auf die Löhne und Arbeitszeiten der Beschäftigten – sowohl derjenigen, die hoch qualifiziert sind als auch der einfach qualifizierten Mitarbeitenden. Einflussfaktoren sind:

„die traditionell geringe Organisationsmacht der Beschäftigten; die gewachsenen Möglichkeiten der Substitution inländischer Fachkräfte durch Arbeitskräfte aus anderen Ländern; die bislang noch geringen Möglichkeiten der Bürger und Kunden, sich gegen Qualitätseinbußen aufgrund einschlägiger Konzepte von Rationalisierung und Arbeitsverdichtung zu wehren; Ausweichstrategien auf graue und schwarze Arbeitsmärkte; Strategien der Verlagerung von Leistungen auf ‚freiwillig‘ Mitarbeitende und zurück an die Haushalte“ (Evers et al. 2011: 26).

Die Besonderheiten personenbezogener Dienstleistungen werden im Zuge der Ökonomisierung und der Forderungen nach Effektivierung und Rationalisierung weitgehend negiert (Böhle/Glaser 2006: 13).

„Die Ergebnisse der wenigen bisher vorliegenden Studien deuten generell [...] darauf hin, dass der ökonomische Wandel einen mehr oder weniger manifesten Zielkonflikt zwischen ökonomischen und therapeutischen Zielen zur Folge hat“ (Slotala/Bauer 2009: 58).

Differenzierte Befunde für die ambulante Pflege stehen jedoch noch aus. Daher soll hier die explorative Studie von Slotala und Bauer (2009) mit dem Titel: „Ökonomische Bedingungen und ihre Konsequenzen in der Versorgungspraxis der ambulanten Pflege“ vorgestellt werden: In der ambulanten Pflege überwiegt die Auffassung, dass die Anbieter am Pflegemarkt sich im Rahmen des engen Leistungskatalogs von Kranken- und Pflegeversicherung durch möglichst günstige Versorgungskosten profilieren müssen (ebd.: 61-62).

Die „Finanzierungsbedingungen für pflegerische Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung üben einen enormen Kostendruck auf die Leistungsanbieter aus. So ist die

Höhe der Kostenerstattung für ambulante oder heimstationäre Pflegeleistungen im Sinne der ‚Teilkasko-Versicherung‘ durch die Pflegeversicherung grundsätzlich gedeckelt und kann in der Regel nicht, wie es das Finanzierungsprinzip einer Selbstkostendeckung typischerweise vorsehen würde, ex post an dem realen Versorgungsaufwand der Pflegebedürftigen ausgerichtet werden. Damit übt die Vergütung im Rahmen des SGB XI einen enormen Handlungsdruck auf jede ambulante und stationäre Versorgungseinrichtung der Pflege aus, die Kosten – unabhängig vom tatsächlichen oder prognostizierten Bedarf an Personal, Material, Zeit etc. – auf ein Minimum bzw. im Rahmen des definierten Leistungsbereichs zu halten“ (ebd.: 57).

Der Zeitdruck in der ambulanten Altenpflege sorgt dafür, dass die Pflege auf die schnelle Verrichtung der Grundpflege reduziert wird, einer psychosozialen Versorgung wird sie kaum noch gerecht.

„Diese Entwicklung erweist sich zugleich als nicht vereinbar mit dem pflegerischen Selbstverständnis bei den meisten Befragten. Auch wenn dies finanziell nicht vergütet wird: Die Pflegeakteure nehmen sich, unabhängig (!) von ihrer Funktion im Pflegedienst, häufig mehr Zeit im Patientenkontakt, als in den offiziellen Zeitvorgaben des Pflegedienstes vorgesehen. Es bleibt an dieser Stelle jedoch offen, inwiefern die mit dem gestiegenen ökonomischen Druck gewachsene Kluft zwischen den wirtschaftlichen Erfordernissen und dem pflegerischen Bedarf dauerhaft über Selbstlosigkeit des Pflegepersonals überbrückt werden kann (und sollte)“ (ebd.: 63).

Der Einsatz enger betriebswirtschaftlicher Maßnahmen in der ambulanten Altenpflege wirkt sich ferner negativ auf die Qualität der Leitung aus. Pflegekräfte fangen dies oftmals unbezahlt und aus eigener Zeit auf:

„Diese Einsparungsprogramme führen jedoch offenbar nicht immer zu der allseits erwünschten Erhöhung der Wirtschaftlichkeit, also zu einer Senkung des Ressourcenverbrauchs bei gleich bleibendem Qualitätsniveau der Pflege. Sowohl im Krankenhaus als auch in der ambulanten Pflege ist es auf Grund von gewachsenen wirtschaftlichen Zwängen zu geringen Kosten bzw. hohen Erträgen zugleich auch zu einer massiven Verschlechterung der Arbeitsbedingungen gekommen [...]. Bedingt durch Personalabbau, Arbeitsverdichtung und Zeitdruck im Patientenkontakt fällt es den Pflegenden immer schwerer, eine qualitativ hochwertige Pflege zu gewährleisten. Daher scheint es so, als ob die drohende systematische Rationierung von Pflegeleistungen nur noch durch altruistisches Handeln der praktisch tätigen Pflegeakteure kompensiert werden kann – dies freilich nur unsystematisch und auf Kosten einer entsprechend hohen gesundheitlichen Arbeitsbelastung und bei unbezahlten Überstunden“ (ebd.: 64).

3.2.4 Zentrale gesellschaftliche Veränderungen – Fazit

Diskussionen ranken sich insbesondere darum, wie der mit den Folgen des demografischen Wandels, der veränderten Geschlechterrollen und des kulturellen Wandels steigende Hilfebedarf gemeistert werden soll. In Zukunft stehen sich ein steigender Hilfebedarf und geringere Hilferessourcen gegenüber. Die Belastbarkeit der Bevölkerung

mit Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen ist begrenzt (Evers et al. 2011: 14). Es ist unwahrscheinlich, dass die wachsenden Hilfebedarfe in ihrem gesamten Umfang „mit organisierten bezahlten Hilfen [oder] einer Kombination derartiger Angebote und familialer Leistungen abzudecken sein“ werden (Evers 2002: 93).

„Vor diesem Hintergrund kann man zugespitzt formulieren, dass eine Zukunft für humane Formen der Hilfe und Pflege nicht allein mit mehr Ressourcen für professionelle Unterstützung zu gewinnen sein wird, sondern neben der Unterstützung familialer Leistungen auch der Formen des freiwilligen Engagements bedarf“ (ebd.: 94).

Die Veränderungslinien, die auf den Altenpflegebereich einwirken und ihn verändern, sind äußerst komplex. Im Folgenden soll gezeigt werden, wie Altenpflege sich aufgrund der beschriebenen Veränderungen heute darstellt. Eine der wichtigsten Konsequenzen aus den genannten Entwicklungen ist die Stärkung der ambulanten Pflege. Hierbei wird auch häufig von Ambulantisierung gesprochen. Im Folgenden soll die ambulante Pflege, die in ihrer heutigen Form ohne die genannten Entwicklungen nicht existieren würde, ausführlich dargestellt werden.

3.3 Ambulantisierung 1.0: „Ambulant vor stationär“

In der ambulanten Pflege versorgen Pflegekräfte eine bestimmte Anzahl pflegebedürftiger Personen in deren Wohnungen nach einem vorab festgelegten Tourenplan. Es gibt eine relativ geringe Arbeitsteilung, was gute Voraussetzungen für Ansätze ganzheitlicher Unterstützung schafft.

Fast zwei Drittel der Beschäftigten arbeiten in Teilzeit oder in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen. Die Arbeitszeit ist häufig ein geteilter Dienst, aber auch Zweischicht-Systeme und Normalarbeitszeit kommen vor (Glaser/Höge 2005: 16).

Die Arbeit besteht primär aus der Grund- und Behandlungspflege, hinzu kommen jedoch viele hauswirtschaftliche Tätigkeiten. Ferner besteht ein erheblicher Dokumentationsaufwand. Am frühen Vormittag muss die Grundpflege unter hohem Zeitdruck durchgeführt werden. In ländlichen Gegenden kommt hinzu, dass ein großer Teil (bis zu 25 %) der Arbeitszeit auf Wegstrecken entfällt. Die Pausenzeiten sind kaum geregelt und werden häufig beim Autofahren genommen.

In der ambulanten Altenpflege entstehen ferner Probleme durch defizitäre räumliche, ergonomische und hygienische Bedingungen in den Wohnungen der Klientinnen und Klienten, wie beispielsweise enge Räume oder schlechte Belüftung. Psychische Belastungen entwickeln sich vorwiegend durch Zeitdruck und den Widerspruch zwischen Finanzierbarkeit und tatsächlich erforderlichen pflegerischen Leistungen. Daneben

können sozialer Stress und Konflikte mit den Patientinnen und Patienten oder ihren Angehörigen vorkommen (ebd.: 17). Angehörige können zwar auch eine Ressource sein, aber häufig resultieren aus dem Verhalten der Angehörigen auch Belastungen. Diese entstehen beispielsweise aus der direkten Einmischung in die Arbeit „in Verbindung mit unrealistischen, überzogenen Vorstellungen und Ansprüchen und der darin zum Ausdruck kommenden Nicht-Anerkennung ihrer (Fach-)Kompetenz“ (Krenn 2003: 87).

Ambulantisierung ist jedoch nicht allein durch die häusliche Altenpflege durch hauptamtliche professionelle Kräfte gekennzeichnet. Soziale Dienste für Ältere spielen hier ebenfalls eine Rolle. Sie können in Maßnahmen zur Integrationssicherung, Förderung der selbstständigen Lebensführung und Maßnahmen bei eingetretener Hilfe- und Pflegebedürftigkeit unterschieden werden. Die Praxis konzentriert sich insbesondere auf die letzteren beiden (Naegele 2011: 405).

Wie oben bereits festgehalten, gab es in Deutschland 2009 ca. 12.000 ambulante Pflegedienste und 11.600 Pflegeheime. Die Zahl der Pflegedienste ist seit 2000 um rund 1.500 gestiegen (Glaser/Höge 2005: 16). Die Pflegedienste waren 2007 zu 60 % in privater Trägerschaft, 38 % waren freigemeinnützig und 2 % öffentlich (Senghaas-Knobloch 2010c: 97). Hier lässt sich ein deutlicher Wandel erkennen. Die Zahl privater Anbieter nahm seit Einführung der Pflegeversicherung stetig zu und übersteigt seit ca. 2001 die Zahl der Anbieter freigemeinnütziger Träger oder öffentlicher Einrichtungen (Slotala/Bauer 2009: 54).

Die stationären Altenpflegeeinrichtungen befanden sich hingegen Mitte 2000 noch sehr deutlich vor allem in freigemeinnütziger Trägerschaft (über 50 %), nur rund ein Drittel wurden privat und weniger als 10 % öffentlich getragen (ebd.: 13). Private Anbieter gibt es also vermehrt im ambulanten, weniger im stationären Bereich. Es ist allerdings in verschiedener Hinsicht ein wichtiger Unterschied, in welcher Trägerschaft sich Einrichtungen befinden. Die folgende Abbildung zeigt, wie sich die einzelnen Träger unterscheiden, wenn sie in privater, öffentlicher oder freigemeinnütziger Hand liegen:

Abb. 3: Unterscheidungsmerkmale privater, öffentlicher und freier Träger

Quelle: Voges 2002: 197

Unterscheidungsmerkmale	Träger der Einrichtung ^a		
	private	öffentliche	freie
Grundsatz für Dienstleistungen	Erwerbsprinzip, Gewinn	Dienstprinzip, Gemeinwohl	
Zielrichtung	eigenwirtschaftlich	gemeinwirtschaftlich	gemeinnützig: frei vs. weltanschaulich
Zielinhalt	Liquidität, Gewinnerzielung	Liquidität, Kostendeckung	
Zielbestimmung	Eigentümer	politische Gremien, Parteien	Wohlfahrtsverband
Steuerungsinstrument	monetärer Erfolg	Gesetze und sozialer Erfolg	monetärer und sozialer Erfolg
Entscheidungsstruktur	hierarchisch	hierarchisch	hierarchisch partizipativ ^b
Personal ^c	Arbeitnehmer	Arbeitnehmer und Nicht-Arbeitnehmer	

^avgl. Trägersstruktur in Tabelle A.9, S. 354 ^bvor allem bei den nicht-konfessionellen Trägern ^cvgl. Personalstruktur in Tabelle 5.5, S. 231
 Quelle: in Anlehnung an GOLL 1991, eigene Ergänzungen.

Der Träger einer Einrichtung mit seiner jeweiligen Regulierungslogik hat entscheidenden Einfluss auf die Ausgestaltung der Institution, auf ihre Zielsetzung und Struktur. Die innerhalb der unterschiedlichen Träger agierenden Akteure sind im Wesentlichen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Eine Ausnahme bilden dabei die Wohlfahrtsverbände. Hier gibt es eine große Vielfalt an Tätigen mit unterschiedlichstem Status: Neben Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sind dies Ein-Euro-Jobber, (bis vor kurzem und jetzt auslaufend) Zivildienstleistende, Freiwilligendienstler und Ehrenamtliche (Evers et al. 2011: 18).

Gab es in der Vergangenheit vor allem konfessionell gebundene und später auch öffentliche Träger, überwiegen heute in vielen Bereichen bereits die privaten Träger. Dies hat Auswirkungen auf die Regulierungslogik. Freie Träger sind heute längst nicht mehr ausschließlich konfessionell geprägt. Neben den freien Trägern bestehen in allen Bereichen mit stetig abnehmender Zahl weiterhin öffentliche Träger. Auch der Kreis der Akteure hat sich erweitert. Bei der ambulanten Pflege sind die Angehörigen und die ambulanten Pflegekräfte die zentralen Akteure. Darüber hinaus gibt es – je nachdem, welche zusätzlichen sozialen Dienste in Anspruch genommen werden – eine Vielzahl weiterer Akteure. Auch im Heim kommen zu den Pflegekräften zahllose weitere Akteure hinzu, wie Ärztinnen und Ärzte, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ehrenamtliche etc.

Ambulantisierung bezeichnet im Grunde nichts anderes als das Leitbild „ambulant vor stationär“ (dip 2010: 37). „Es stellt einen Zusammenhang dar, wonach behauptet wird, diese Strategie fördere die personale Autonomie, sei humaner, steigere die Qualität der Dienste und sei dabei auch noch wirtschaftlicher“ (ebd.). „Ambulant vor stationär“ ist allerdings nicht automatisch mit Kostensenkungen verbunden (ebd.: 46). Werden die Kosten ambulanter Arrangements berechnet, so gibt es einen Punkt, der bei einem mittleren Komplexitätsgrad der Unterstützungsbedürftigkeit liegt, an dem eine stationäre Versorgung kostengünstiger ist als ambulante Unterstützung. Werden zusätzlich die Kosten informeller Unterstützung mit eingerechnet, auf die ambulante Versorgungsstrukturen angewiesen sind, können die ambulanten Kosten die stationären Kosten sogar übersteigen (ebd.: 39-41).

2005 standen fast 730.000 Pflegeplätze in Altenheimen zur Verfügung. 1991 waren es noch 653.000. Die Anzahl der Heimplätze ist also in einer Zeit, in der die ambulante Altenpflege massiv ausgebaut und sowohl als Leitbild als auch Gesetz gegenüber der stationären Versorgung gefördert wurde, um fast 80.000 gestiegen. Berechnungen ergeben jedoch, dass die Zahl der Heimplätze um ca. 120.000 mehr hätte steigen müssen, um eine gleich bleibende Inanspruchnahme der stationären Altenpflege zu ermöglichen (Burkhard 2009: 647). Auch dies deutet auf eine Ambulantisierung der Pflege hin. Mit Zunahme des höheren Alters und Abnahme der Hilferessourcen kann auf stationäre Kapazitäten jedoch nicht vollständig verzichtet werden (dip 2010: 47). Schwere und chronisch-letale Krankheiten werden auch in Zukunft stationär behandelt werden müssen (Müller/Thielhorn 2000: 13).

3.4 Ambulantisierung 2.0: Weitergehende Ambulantisierungskonzepte

Soziale Dienste weisen eine starke Pluralität auf, die sich darin zeigt, dass sie weder allein vom Staat noch ausschließlich von privaten oder gesellschaftlichen Institutionen organisiert und angeboten werden (Evers et al. 2011: 18). Aus dieser Pluralität erwächst auch der Begriff des Wohlfahrtsmix. Dieser Begriff bricht

„mit lange Zeit dominierenden Auffassungen im Feld der Sozialpolitikforschung, die dazu neigten, einer Instanz den Vorrang zu geben (sei es der Staat, der Markt oder die Familie) und damit die jeweils anderen Instanzen in den Hintergrund zu drängen oder ordnungspolitisch abzuwerten“ (ebd.: 19).

Der Wohlfahrtsmix kann zum einen als analytische Klassifikationsgrundlage dienen. Zum anderen kann er als normatives Leitbild für den Umbau des Wohlfahrtsstaates herangezogen werden (Evers 2002: 85-86).

Der Wohlfahrtsmix als normatives Leitbild beinhaltet:

- mehr Gewicht von Beiträgen der Bürgergesellschaft, den freien Trägern und der Familie jenseits von Staat und Markt,
- die Entwicklung von mehr Eigenverantwortung und entsprechenden privatwirtschaftlichen Angebots- und Nachfragekomponenten und
- die Veränderung der Rolle des Staates: Der Staat ist nicht alleine zuständig für die Absicherung; an seine Stelle tritt ein staatlicher Sicherheitsbeitrag in einem Mix verschiedener aufeinander abgestimmter Beiträge. Der Staat ist nicht nur Finanzier sondern auch Regelungsinstanz und Akteur in der öffentlichen Auseinandersetzung um Konzepte (ebd.).

Beim Begriff des Wohlfahrtsmix geht es um das Zusammenwirken von Staat, Markt, dem Dritten Sektor, Assoziationen verschiedenster Art und Gemeinschaftsformen auch jenseits von Familie (Evers 2011: 265). Auch wenn das Konzept des Wohlfahrtsmix insbesondere in den sozialen Diensten eine Rolle spielt, ist es an anderer Stelle ebenfalls zu finden, beispielsweise in der sozialen Absicherung im Alter oder der Umweltpolitik (ebd.: 265-266).

Die einzelnen Sektoren weisen unterschiedliche Merkmale auf: Merkmale für den Staat sind Prinzipien wie Gleichheit, Repräsentativität, Hierarchie und Sicherheit, für den Markt sind es seine gesamtgesellschaftliche Orientierungsfunktion, Wettbewerb, Profitstreben und Wohlstand. Die Charakteristika der Gemeinschaft bilden spezifische reziproke Beziehungen, persönliche Zuneigung, die Bereitschaft zur persönlichen Unterstützung und die persönliche Teilhabe. Der zivilgesellschaftliche bzw. Dritte Sektor zeichnet sich durch die soziale und politische Aktivierung, freie Assoziationen und vielfache Verschränkungen mit Markt, Staat und Gemeinschaft aus (Evers/Ewert 2010: 105; Evers 2011: 271).

Zentrale Defizite des Staates sind die Vernachlässigung von Minderheitsbedürfnissen und die Einschränkung von Dispositionsfreiheiten, beim Markt ist es die daraus resultierende soziale Ungleichheit. Der Nachteil der Gemeinschaften liegt in Beschränkungen aufgrund von moralischen Verpflichtungen. Defizite beim zivilgesellschaftlichen Sektor bestehen in einer reduzierten Effektivität und geringen Beiträgen zur Lösung von Ungleichheitsproblemen. Ein Wohlfahrtsmix kann – so die zentrale normative Annahme – die Defizite der einzelnen Sektoren ausgleichen und darüber hinaus Synergieeffekte ermöglichen (Evers 2011: 271).

Insbesondere der Dritte Sektor zeichnet sich durch bestimmte Besonderheiten aus:

- Im Gegensatz zu den anderen Sektoren, in denen es ein zentrales Prinzip gibt, ist der Dritte Sektor durch eine Vielfalt an Orientierungen, organisatorischen Formen und Prinzipien gekennzeichnet.
- Staat, Markt und Gemeinschaft haben Einfluss auf den Dritten Sektor. Umgekehrt können vom Dritten Sektor aus auch zivilisierende Impulse auf die anderen drei Bereichen ausgehen.
- Dritte-Sektor-Organisationen sind vielfachen Dynamiken und Wandlungsprozessen ausgesetzt.
- Insbesondere im Dritten Sektor gibt es aufgrund unterschiedlicher Einflüsse und vielfältiger Orientierungen Grauzonen und Übergangsbereiche zu anderen Sektoren (Evers/Ewert 2010: 106).

Für den Wohlfahrtsmix können drei Ebenen unterschieden werden: die Mikro-Ebene, also der Adressat bzw. das Individuum, die Meso-Ebene, also die Ebene der Organisationen, und die Makro-Ebene, die Ebene von jeweiligen Gesamtsystemen und ihren Teilsektoren (Evers 2011). Von Interesse ist hier insbesondere die Ebene der Organisationen, die als Leistungserbringer in der ambulanten Altenpflege auftauchen: In der Regel lassen sich Organisationen des Staates (hierarchische Verwaltung), Unternehmen und Dritte-Sektor-Organisationen in ihrem Aufbau deutlich voneinander unterscheiden (Evers 2011: 268). Es zeigt sich jedoch, dass es Übergänge gibt, also Organisationen, die einen hybriden Charakter haben. Insbesondere im Bereich der Wohlfahrtsverbände lassen sich viele Organisationen mit hybridem Charakter finden³.

Wohlfahrtsverbände können als Scharnier zwischen dem formellen Sektor (Markt und Staat) und dem informellen Sektor (Familie und Ehrenamt) verstanden werden. Mit

³ Ein hybrider Charakter lässt sich aber beispielsweise auch an Schulen erkennen. Hier finden sich vermehrt Ehrenamt und Spenden, die traditionell Bestandteile von Dritte-Sektor-Organisationen waren (Evers 2011: 268).

der Zunahme an privatwirtschaftlichen Anbietern in der Gesundheits- und Seniorenwirtschaft, stehen die Wohlfahrtsverbände vor der Aufgabe, ihre Leitungs-, Organisations- und Produktionsstrukturen wettbewerbsfest zu organisieren. „Die hiermit verbundene Re-Kombination gemeinschaftlich-assoziativer, staatlich-öffentlicher und privat-gewerblicher Handlungslogiken wird auch als ‚Hybridisierung‘ von Organisationsformen im Bereich sozialer Dienste bezeichnet“ (Evers et al. 2011: 19). Insbesondere in den sozialen Diensten lässt sich eine hohe Vielfalt an Tätigkeitsformen finden, wie ‚Ein-Euro-Jobs‘, Zivildienst, Freiwilligenarbeit und ehrenamtliche Tätigkeiten.

3.4.1 Hybridisierung sozialer Unterstützungsdienstleistungen

Unter hybriden Organisationen verstehen Evers/Ewert (2010) Organisationen im Dritten Sektor bzw. in der intermediären Sphäre, die von wechselseitiger Beeinflussung und der Ko-Präsenz verschiedener Logiken und Wertvorstellungen zwischen den Sphären Staat, Markt, dem Dritten Sektor und der Gemeinschaft geprägt sind. Entscheidend dabei ist, dass es keine starren Grenzen mehr zwischen den einzelnen Sphären und ihren Organisationen gibt, sondern sich Öffnungsprozesse vollziehen (Evers/Ewert 2010).

Es können drei Dimensionen der Hybridisierung unterschieden werden: 1. Ressourcen, 2. Ziele und Regulierungsformen, 3. Corporate Identity⁴:

- (1) *Hybridisierung von Ressourcen*: Öffentliche Einrichtungen finanzieren sich über Gebühren und den Markt (öffentliche Finanzmittel, die über Ausschreibungen und öffentliche Wettbewerbe vergeben werden, Fundraising und Fördervereine) (Evers/Ewert 2010: 112).

⁴ Diese Darstellung orientiert sich an Evers/Ewert (2010). Im Gegensatz zu der hier vorgenommenen Unterteilung, unterscheiden sie jedoch vier Dimensionen von Hybridisierung. Sie behandeln Ziele und Formen von Governance gesondert. Aufgrund der Kürze der hier vorgenommenen Ausführung erscheint eine Unterscheidung nicht sinnvoll, da Ziele und Formen eng miteinander verknüpft sind.

- (2) *Hybridisierung von Zielen und Regulierungsformen*: Es kann zu unterschiedlichen, teilweise miteinander rivalisierenden Zielen kommen, z.B. „Global denken, lokal handeln“. Dies geht mit unterschiedlichen Formen der Steuerung einher, z.B. hierarchische Steuerung versus Partizipation (ebd.: 114-115).
- (3) *Corporate Identity*: Der Prozess der Hybridisierung führt zu neuen organisatorischen Selbstbildern. Mit verschiedenen Einflüssen und Finanzierungsquellen muss auch die ‚organisatorische Identität‘ neu bestimmt werden (Evers/Ewert 2010: 115).

In der Altenpflege lassen sich relativ häufig Ansätze von Hybridisierung entdecken. Die Pflege in der Familie ist die wichtigste Stütze eines gemischten Pflegesystems (Evers 2002: 85). Daneben spielen vor allem Pflegekassen und Ausgaben der Sozialhilfe eine Rolle, die die ambulanten und stationären Einrichtungen der freien Träger wesentlich finanzieren (ebd.: 86).

In einem Wohlfahrtsmix stellt sich die Frage, welche Rolle und welche Verantwortung Familien, Staat, Kassen, freie Träger, Kirchen, Selbsthilfeorganisationen usw. übernehmen, übernehmen wollen, können und müssen (ebd.: 87).

Von Pflegedienstleistern wird nicht mehr ausschließlich eine gute Pflegequalität erwartet, sondern auch ein Beitrag zur guten Lebensqualität der Gepflegten. Es gibt Forderungen nach Normalisierung und Deinstitutionalisierung. Dazu müssen Adressaten, Kooperationspartner und Dienstleister des lokalen Gemeindewesens einbezogen werden. Die Pflege und Unterstützung von Menschen beinhaltet inzwischen mehr Optionen und Logiken, als in der ursprünglichen Form des Heims zu finden waren (z.B. ambulante Pflege, Pflegebudgets, Case-Management-Konzepte usw.) (Evers/Ewert 2010: 124).

„Hier geht es um Vereine oder Gruppen, die die Tätigkeit des Heims finanziell oder durch diverse Freizeitangebote im Sinne einer Patenschaft unterstützen, um das verstärkte Engagement von Ehrenamtlichen und Angehörigen oder auch – in begrenztem Umfang – der Heimbewohner selbst. [...] Hybridisierung von Heimen hieße hier vor allem, stationäre Pflegearbeit näher an die Gesellschaft heranzurücken. Synergien – anstatt schlechter Kompromisse – ergeben sich für Heime aber auch dann, wenn sie ihre Identität als ‚soziale Unternehmen‘ stärken“ (ebd.: 125).

3.4.2 Die Öffnung der Heime

Für die Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern spielt die Öffnung der Heime eine zentrale Rolle. Sie erscheint aus zwei Gründen erforderlich:

- (1) Abbau möglicher negativer Folgen langer Heimaufenthalte, wie Passivität und Rückzug der Bewohnerinnen und Bewohner sowie Dominanz, Kontrolle und Bevormundung durch die Mitarbeitenden.
- (2) Mit einer Öffnung kann es zu einer stärkeren Vernetzung mit anderen Angeboten der Alten- und Behindertenhilfe speziell in Bezug auf das Wohnumfeld kommen (dip 2010: 52-53).

Voraussetzung einer Öffnung der Heime sind vielfältige Veränderungsprozesse in der Organisation. Aber auch die Träger der Heime müssen sich wandeln. Die Entwicklung führt weg von der Herstellung vieler und differenzierter Angebote im Heim hin zu einer stärkeren Kooperation, Vernetzung und Zusammenarbeit mit andern Akteuren aus Region und Kommune. Dies beinhaltet neben den Veränderungen für die Träger auch Veränderungen für die Leitungen und die Mitarbeitenden (ebd.: 53).

Es gibt mehrere Möglichkeiten zur Öffnung der Heime:

- (1) Schaffung von Hausgemeinschaften, in denen eine feste Person für die Unterstützung von acht bis zehn Personen zuständig ist. Zusätzlich gibt es einen Mix von professionellem Personal aus Pflege, Hauswirtschaft, dem sozialen Bereich und neu qualifizierten „Alltagsassistentinnen und -assistenten“.
- (2) Ambulantisierung der Pflege durch Auslagerung, damit eine gezielte Unterstützung stattfinden kann (ebd.: 54).
- (3) Service-Angebote außerhalb des Heims, damit die Bewohnerinnen und Bewohner Kontakt zum Stadtteil gewinnen können.
- (4) Schaffung von Angeboten für das Wohnumfeld, so dass Räume der Einrichtung vom Stadtteil genutzt werden können, beispielsweise durch Vereine, selbstorganisierte Gruppen etc. (ebd.: 55).

Ein neuer Wohlfahrtsmix als positives normatives Leitbild im ambulanten Altenpflegebereich hätte folgende Ziele:

- (1) Aktivierung bürgergesellschaftlichen Engagements und Aufwertung familialer Beiträge im Pflegebereich,
- (2) Einbeziehung von Marktelementen aufgrund ihrer unternehmerischen und innovativen Dimensionen und zur Förderung von Eigenverantwortung,
- (3) Ein Mix aus Professionalität, staatlicher Verantwortung, Marktelementen und bürgerschaftlichen Beiträgen und

(4) Entwicklung einer aktivierenden Sozialpolitik (ebd.: 95).

„Ein erfolgreich funktionierender institutioneller ‚Wohlfahrtsmix‘ bildet eine wichtige Voraussetzung für die *integrierte Dienstversorgung*. Darunter versteht man die auf den Einzelfall/ein bestimmtes soziales Problem bezogene, professions- und organisationsübergreifende Zusammenarbeit der jeweils beteiligten Dienste, Institutionen und Einzelakteure. [...] Der besondere Wert für Ältere ergibt sich wegen der für viele typischen Multikomplexität ihrer Problemlagen. [...] Die Betroffenen sind jedoch bei der Hilfesuche häufig mit problem- bzw. aufgabenspezifisch parzellierten Angebotsstrukturen konfrontiert und überfordert“ (Naegele 2011: 418).

Die Konsequenzen eines Wohlfahrtsmix für Akteure und Regulierungslogiken sind vielfältig und können noch nicht genau bestimmt werden, da bisher kein übergreifender Wohlfahrtsmix besteht. So sind die möglichen Funktionen von Akteuren und Institutionen noch sehr unklar. Klarer hingegen sind die verschiedenen Formen der Regulierungslogiken, die Einfluss auf den Pflegebereich haben. Bei dem Wohlfahrtsmix geht es nicht mehr um Konkurrenz zwischen öffentlichen, privaten, frei-gemeinnützigen oder konfessionellen Trägern, sondern vielmehr um ein Miteinander der verschiedenen Träger. Dieses Ineinandergreifen der verschiedenen Sphären mit ihren unterschiedlichen Merkmalen macht das Besondere an einem Wohlfahrtsmix aus. Da starre Grenzen fallen, ist es nicht mehr überraschend, wenn Angehörige, hauptamtliche Pflegekräfte, Ehrenamtliche und eine Vielzahl anderer Akteure und Dienste für eine Pflegeperson verschiedene Funktionen übernehmen und miteinander kooperieren.

3.4.3 Die Akteursgruppe der Ehrenamtlichen

Der Gruppe der Ehrenamtlichen wird bei einer neuen Pflegeorganisation eine zentrale Rolle zugewiesen, die allerdings auf Freiwilligkeit beruht und daher weniger berechenbar und kalkulierbar ist.

Freiwilliges Engagement hat eine große Tradition in der Altenpflege. Insbesondere im Vergleich zu anderen sozialstaatlichen Bereichen, wie beispielsweise der Schule, gibt es im Bereich der Altenpflege nur eine ergänzende staatliche Absicherung und ein

großes Gewicht kommunalen und bürgerschaftlichen Engagements (Evers 2002: 89).⁵ Freiwilliges Engagement im Pflegebereich⁶ kann viele Gesichter haben: In vielen diakonischen Einrichtungen arbeiten heute Ehrenamtliche, um die Hauptamtlichen zu entlasten und verbindende Zuwendung mit Hilfstätigkeiten. So decken Ehrenamtliche beispielsweise den Mittagstisch, helfen den Gepflegten beim Mittagessen und ermöglichen dadurch eine stressfreie Übergabe zwischen Früh- und Spätschicht (Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2006: 44). Ehrenamt kann dafür sorgen, dass die Pflege menschlicher wird.

„Eigentlich ist keine Pflegesituation vorstellbar, in der nicht auch Platz für freiwillige Helfer wäre. Es geht allerdings nicht um einen (billigen) Ersatz, wie es sich manche Kostenträger und Politiker unter dem Etikett ‚bürgerschaftliches Engagement‘ erhoffen, sondern um eine wertvolle Ergänzung. Freiwillige bringen eine spezifische Perspektive ein“ (Zegelin 2007: 27).

Zudem erlaubt der Einsatz von Freiwilligen eine Form der gesellschaftlichen Kontrolle (Zegelin 2007: 26).

„Die schwache Personengruppe pflegebedürftiger und alter Menschen ist angewiesen auf Vereinsstrukturen, Verbände, Personen und fachliche Initiativen, die gegenüber Tendenzen der Ökonomisierung, Bürokratisierung und einer bevormundenden Professionalität ihre Stimme erheben und Probleme öffentlich machen“ (ebd.: 96).

Es gibt seit einigen Jahren unzählige Modellprojekte zum Einsatz von Freiwilligen in der Altenpflege, insbesondere bei den niederschwelligen Entlastungsangeboten für

⁵ In der Altenpflege gab es schon immer eine spezifische Form des Wohlfahrtsmix. Diese war und ist nach wie vor gekennzeichnet durch vielfältige ehrenamtliche Aufgaben der Bürgergesellschaft, freiwillige Unterstützungsleistungen von Gemeinden oder die Bildung lokaler Pflegevereine (Evers 2002: 87-88).

⁶ Das ehrenamtliche Engagement ist zwischen den Geschlechtern ungefähr gleich verteilt. Rund ein Drittel aller Frauen und Männer engagiert sich ehrenamtlich (Fringer et al. 2010: 174). Berufstätige Männer engagieren sich jedoch häufiger als berufstätige Frauen. Frauen engagieren sich eher in den Bereichen Schule/Kindergarten, Umwelt, Natur und Tiere, Männer eher in den Bereichen Organisation und Durchführung von Veranstaltungen, Sport und Bewegung, Kultur und Musik, Politik und Interessensvertretung sowie Unfall, Rettung, Feuerwehr (dip 2010: 68).

Angehörige von Demenzkranken. Einige davon konnten auch dauerhaft verstetigt werden (ebd.). Für die Integration von ehrenamtlichem Engagement in bestehende Strukturen gilt es jedoch einiges zu berücksichtigen. Es bedarf:

- der Förderung einer Kultur des bürgerschaftlichen Engagements,
- der attraktiven Gestaltung des Verhältnisses von hauptamtlicher und ehrenamtlicher Arbeit,
- der Berücksichtigung von Pluralität sowie des Wandels von Motiven und Engagementformen,
- der Stärkung von Engagement und Beseitigung von Wissensdefiziten in Unternehmen,
- des Ausbaus und der Verstetigung der engagementförderlichen Infrastruktur,
- des Ausbaus der kommunalen Beteiligung,
- der Verhinderung der Instrumentalisierung des Engagements und
- des Abbaus sozialer Ungleichheiten des Engagements (Christen 2009: 112).

Von zentraler Bedeutung bei der Förderung von bürgerschaftlichem Engagement sind Beratungs- und Koordinierungsstellen, die sich der Gewinnung, Unterstützung und Einbeziehung von Ehrenamtlichen im Vor- und Umfeld der ambulanten Altenpflege und der Zusammenarbeit mit den Anbietern widmen (dip 2010: 71).

„Freiwillige brauchen Begleitung, Information und einen guten Kontakt zu den Hauptamtlichen. Eine Schulung anfangs ist nötig, reicht aber nicht. Freiwillige wünschen sich klare Absprachen, sie brauchen Ansprechpartner und Bildungsinhalte, sie wollen etwas gestalten und mitreden, sie benötigen Rückmeldungen und überhaupt Anerkennung ihres Beitrags. Durch steten informellen Austausch und einen Begleitzirkel müssen sie das Erleben reflektieren können“ (Zegelin 2007: 28).

Studien haben ergeben, dass das Interesse an einem Einstieg oder einer Ausweitung bürgerschaftlichen Engagements groß ist, allerdings vermehrt mit dem Wunsch nach

anspruchsvollen Tätigkeiten (dip 2010: 130). In einem Modellprojekt⁷ wurden folgende Motive von Freiwilligen genannt, sich ehrenamtlich zu engagieren:

- In Not geratenen Menschen helfen,
- Erfahrungen sammeln,
- lernen, wie man Pflegebedürftigen helfen kann,
- Sicherheit im Umgang mit Pflegebedürftigen erhalten,
- Interesse am Thema Pflege,
- Vorerfahrungen und Wissen einbringen,
- freie Zeit haben, nicht ausgelastet sein,
- Aufwandsentschädigung und
- Stärkung des Selbstwertgefühls (Fringer et al. 2010: 177).

Nach sechs Monaten im Ehrenamt wurden die Beteiligten erneut zu ihren Motiven befragt. Interessant ist, dass bei der Erstbefragung die Punkte Aufwandsentschädigung und Stärkung des Selbstwertgefühls nur eine geringe Rolle spielten (ca. 30 %), in der Zweitbefragung hingegen einen entscheidenden Grund für die Ausübung des Ehrenamtes darstellten (80 bzw. 50 %) (ebd.: 177). Es zeigt sich, dass die geringfügige Entlohnung keinen Grund für den Einstieg in bürgerschaftliches Engagement darstellt, wohl aber dafür, dabei zu bleiben. Sie bildet eine wichtige Form der Anerkennung (ebd.: 179).

Im Vergleich zum religiös motivierten Ehrenamt sind neue Formen des bürgerschaftlichen Engagements durch eine Reziprozität des Gebens und Nehmens geprägt (Heinze/Keupp 1997). Für die Ehrenamtlichen spielen Bestätigung, Ermutigung und

⁷ 2005 bis 2008 wurde ein Modellprojekt zur niedrighschwelligen Entlastung für pflegende Angehörige wissenschaftlich begleitet. Im Projekt sollten das Profil von Ehrenamtlichen, ihre Motive sowie die Gründe für ihren Ausstieg aus dem Modellvorhaben erfasst werden (Fringer et al. 2010).

Anerkennung sowie die Herstellung von Spielräumen für eigenständiges und eigenverantwortliches Handeln eine große Rolle. Ferner ist wichtig, dass beim bürgerschaftlichen Engagement wenig formelle Zwänge vorhanden sind (dip 2010: 68).

Bürgerschaftliches Engagement bietet ein großes Potential. Allerdings müssen Angebots- und Nachfrageseite gleichermaßen in den Blick genommen werden. Denn die Institutionen müssen sich dem bürgerschaftlichen Engagement auch öffnen. Dies gilt insbesondere für Institutionen der Altenpflege (ebd.: 130). Bisher gelingt es nur selten, die Arbeit von Ehrenamtlichen an die professionelle Versorgungspraxis anzudocken (Evers 2002: 93). Insbesondere für Pflegekräfte bestehen hier Probleme: So sehen sie beispielsweise das Vorlesen, Spaziergehen, Spielen etc. als wichtige Aspekte ihrer Arbeit und besonders interessante Aufgaben an, die sie allein aus Zeitmangel nicht erfüllen können.

„Da ist es kein Wunder, dass beruflich Pflegende oft neidisch sind, wenn Freiwillige sich dieser psychologischen Aspekte widmen sollen und sie selbst reduziert werden auf einige wenige körpernahe Tätigkeiten“ (Zegelin 2007: 27-28). „Die hauptamtlichen Pflegenden stehen dann ausgepumpt daneben, während die Freiwilligen Supervision erhalten oder an Fortbildungen [...] teilnehmen. Zudem finden sich in Freiwilligenkreisen überaus viele beruflich Pflegende [...], deren Motiv für den Einsatz als Ehrenamtliche durchgehend lautet: ‚Ich mach das, weil ich hier eine menschenwürdige Begegnung umsetzen kann. In der Arbeitszeit bleibt für so was kein Raum mehr‘“ (ebd.: 28-29).

Außerdem gibt es Vorbehalte gegen den Einsatz von Laienarbeit und freiwillige materielle Beiträge, da der Unterstützungsbedarf traditionell öffentlich unterfinanziert ist (Evers 2002: 94). Darüber hinaus wird Ehrenamt in der Unterstützung alter Menschen insbesondere unter Kostengesichtspunkten und vor dem Hintergrund des demografischen Wandels diskutiert (Zegelin 2007: 26), was Skepsis in Bezug auf eine mögliche Instrumentalisierung des ehrenamtlichen Engagements aufkommen lässt. Aber auch für die Ehrenamtlichen bietet die Situation im Pflegebereich einige Schwierigkeiten:

„Die Hauptamtlichen sind überlastet und kümmern sich nur wenig um das, was die Freiwilligen tun. Die [Ehrenamtlichen] werden stattdessen ‚an die Front gestellt‘, fühlen sich oft überfordert und missbraucht. Pflegende suchen angesichts der vielen Aufgaben nach jeder helfenden Hand und sind enttäuscht, wenn sich Ehrenamtler nicht fest einplanen lassen“ (ebd.: 28).

Neben den Problemlagen, die ehrenamtliches Engagement mit sich bringt, bietet es in einem Wohlfahrtsmix mit hybriden Organisationsformen jedoch auch viele Chancen. Gerade in Bezug auf den demografischen Wandel und die schwierigen Finanzierungsbedingungen scheint es kaum eine andere Möglichkeit zu geben, als diese Chancen zu nutzen.

3.5 Neue Formen der Koordination auf Quartiersebene

3.5.1 Quartierskonzepte und lokale Vernetzung

Im Zentrum dieses Kapitels stehen neue Ansätze der seniorengerechten Quartiersgestaltung. Da die Kommune optimale Voraussetzungen bietet für Prävention, zugehende Strukturen, Beratung, ehrenamtliches Engagement usw. und alte Menschen daher auf der kommunalen Ebene bzw. der Quartiersebene am besten zu erreichen sind, erscheint es sinnvoll, diese Aspekte im kommunalen Rahmen zu behandeln. Das Quartier bzw. die Kommune bietet eine Vielfalt an Möglichkeiten, die ambulante Pflege und Unterstützung älterer Menschen zu verbessern. Hierfür bedarf es neuer Handlungsansätze und eines Zusammenwirkens unterschiedlicher Akteure.

Das vorrangige Ziel bei Quartierskonzepten und lokaler Vernetzung in Bezug auf ältere Menschen ist, Unterstützung so lange wie möglich im eigenen Zuhause zu ermöglichen. Ca. 75 % aller hilfebedürftigen Menschen wünschen sich, zu Hause leben zu können (pflegestützpunkte-online.de). Daher wird es einen immer größeren Bedarf an Wohnangeboten geben, die mit verschiedenen Unterstützungsdienstleistungen kombinierbar sind und auch bei gesundheitlichen Einschränkungen genutzt werden können. Dies können barrierefreie Wohnungen sein, Angebote des betreuten Wohnens, neue Formen des gemeinschaftlichen Wohnens im Alter, Wohnprojekte mit ambulanten Pflegediensten und gemeinschaftliches Wohnen von Jung und Alt. Diese Wohnangebote können durch technische Assistenzsysteme und altersgerechte Informations- und Kommunikationsmittel unterstützt werden (Christen 2009: 109; Heil 2011: 1155). Ein weiteres Ziel der Quartierskonzepte sind Einsparungen bei den Kommunen.

Für die Attraktivität des Quartiers sind nach einer Studie zu Wohnformen von 50-65-jährigen Bremerinnen und Bremern⁸ die Infrastruktur, die Rahmenbedingungen für

⁸ Bei der Studie handelt es sich um eine Untersuchung zu Wohnformen von 50-65-jährigen Bremerinnen und Bremern vom Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP). Befragt wurden 50-65-jährige Bremerinnen und Bremer sowie einige Expertinnen und Experten (Baumgärtner et al. 2009).

Aufbau und Pflege sozialer Kontakte, die Möglichkeiten der wohnortnahen Versorgung, Sicherheit, Barrierefreiheit und auch der Migrantenteil entscheidend (Baumgärtner/Bienszeisler 2009: 6). Nach Ansicht der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Studie ist ein gutes Quartier eines, das zentrumsnah liegt, eine gute und barrierefreie Anbindung an den ÖPNV hat, in dem alltägliche Besorgungen gemacht werden können, in dem eine gute Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte gegeben ist, in dem es kulturelle Angebote und Möglichkeiten zur Begegnung sowie Grünflächen gibt (ebd.: 9). Eine andere Befragung kommt zu ähnlichen Ergebnissen:

Demnach empfinden ältere Menschen die Lebensqualität in einer Kommune⁹ umso höher,

- je aktiver freie Träger für Gesundheit und Soziales wirken,
- je sicherer Gehwege und Zugänge zu Einrichtungen sind,
- je umfangreicher das Warenangebot für den täglichen Bedarf ist,
- je besser das Angebot und die Taktzeiten des ÖPNV sind,
- je bezahlbarer die Mietwohnungen sind,
- wenn es Angebote des geschützten Wohnens gibt,
- wenn es Angebote für die politische Teilhabe und Selbstverwirklichung gibt,
- wenn Krankenhäuser vorhanden sind,
- wenn es Angebote an ambulanten Diensten und Haushaltsdienstleistungen gibt und
- wenn öffentliche Toiletten vorhanden sind (Piorkowsky 2010: 84).

⁹ Die Ergebnisse beruhen auf einer schriftlichen Befragung von örtlichen Seniorenräten, die als Experten in eigener Sache angesprochen wurden. Von 1200 angeschriebenen Seniorenbeiräten haben 257 geantwortet, 243 Fragebögen konnten ausgewertet werden. Die Befragung ist nicht bundesweit repräsentativ (Piorkowsky 2010).

Diese Ergebnisse zeigen, dass dem Sozialraum bzw. dem Quartier eine immer stärkere Bedeutung zugemessen wird (SONG 2009a). Eine altersgerechte Quartiergestaltung soll Menschen in der Lebenswelt Kommune erreichen und ihre Lebensqualität erhöhen (BMG 2009: 5). Notwendig hierfür ist ein kommunaler quartiers- oder sozialraum-orientierter Wohlfahrts- bzw. Hilfe-Mix (vgl. Kapitel 3.4).

„Mit dem Begriff Hilfe-Mix ist die Zusammensetzung von Aktivitäten und Unterstützungsleistungen gemeint, die zur individuellen Gestaltung des Alltags notwendig sind. Der Ausgangspunkt ist die Sicht des Individuums. Hilfe-Mix stellt eine Vernetzung von verschiedenen professionellen und ehrenamtlichen Diensten dar“ (SONG 2009: 10).

Für die Kommunen ergeben sich daraus neue Arbeitsfelder und neue Aufgabenprofile (SONG 2009a: 12). Dies betrifft beispielsweise Koordinations- und Kooperationsaufgaben (SONG 2009a: 15). Naegele (2010) identifiziert folgende Handlungsspielräume für Kommunen:

- Moderieren, Begleiten, Vernetzen, Bündeln und Steuern,
- eigenständige kommunale Angebote zur Stützung und Absicherung der häuslichen Pflege,
- „Leuchtturmfunktion“ der eigenen Dienste und Einrichtungen,
- Förderung niederschwelliger Angebote,
- Informations- und Beratungsaufgaben,
- Bereitstellung neuer Wohnformen,
- Mitwirkung in der Sicherung der Pflegequalität,
- Mitwirkung beim Abbau von Schnittstellenproblemen,
- Mitwirkung bei der integrierten gesundheitlichen Versorgung,
- Mitwirkung an den lokalen Pflegestützpunkten und
- Unterstützung bei einer lokalen „Kultur des Helfens“ (Naegele 2010: 101).

Vernetzung und Beratung stellen Schlüsselfunktionen dar, um eine integrierte gesundheitliche Versorgung im Quartier zu gewährleisten. Auch wenn bekannt ist, dass die Vernetzung Synergien schafft, „die zu besseren Leistungen bei rationellerem Ressourceneinsatz führen“ (Christen 2009: 111), trifft die Netzbildung in der Praxis auf Probleme. Dies betrifft oftmals unklare Rahmenbedingungen und dominierende Parti-

kularinteressen einzelner Träger (ebd.). Für ein funktionsfähiges Netzwerk bedarf es mehrerer Strukturmerkmale (SONG 2008):

- (1) *Mitglieder*: Die Mitglieder müssen zum einen Grundüberzeugungen und Leitbilder teilen, zum anderen sollten möglichst verschiedene Professionen und Sichtweisen vertreten sein.
- (2) *Beziehungsstruktur*: Eine lose Kopplung zwischen den Akteuren erleichtert Abstimmungen und Absprachen.
- (3) *Innere Ordnung*: Netzwerke benötigen eine Strukturoffenheit, um ihre innere Organisation schnell zu verändern und sich neuen Herausforderungen anzupassen. Zugleich benötigen sie einen gewissen Grad formaler Organisation, die Verbindlichkeit schafft.
- (4) *Ambivalente Rollen der Beteiligten*: Die Mitglieder agieren zum einen als Personen des Netzwerks, zum anderen als Personen ihrer Institutionen. Sie sind Repräsentanten. „Es geht [...] darum, eine Balance zwischen der Loyalität zur eigenen Organisation und zum übergreifenden Interessensverbund zu finden“ (SONG 2008: 15).
- (5) *Netzwerkkultur*: Verbindlichkeit, Vertrauen, Kooperation, Kommunikation, Austausch, Transparenz und Information sind notwendig für eine Netzwerkkultur.
- (6) *Zieldefinition und Leitbild*: „Grundlage der Zusammenarbeit ist eine gemeinsame Überzeugung im Sinne eines strategisch ausgerichteten Leitbilds und von Leitwerten für das gemeinsame Handeln“ (ebd.).
- (7) *Ressourcenklärung und -steuerung*: Ressourcen, wie beispielsweise die Informations- und Wissensvermittlung, soziale Kompetenzen, Sach- und Finanzmittel sowie Dienstleistungen der Mitglieder des Netzwerks müssen geklärt und fair genutzt werden.
- (8) *Vertrauen und Information*: Die Einbringung von Ressourcen erfordert Vertrauen, dass diese Ressourcen im Sinne der Ziele des Netzwerks genutzt werden.
- (9) *Kooperationsfähigkeit*: Verbindlichkeit, Selbstbeschränkung, Selbstverpflichtung, Selbstreflexion, Toleranz, Empathie, Respekt, Geduld, Fairness und Kommunikation sind wesentliche Bestandteile einer Kooperation in einem funktionsfähigen Netzwerk.
- (10) *Machtbalance*: Machtquellen wie Geld, Wissen, Information und Status müssen offen gelegt und ausbalanciert werden.

- (11) *Organisation*: Organisationale Rahmenbedingungen, wie regelmäßige Treffen und verbindliche Absprachen sind notwendig.
- (12) *Netzwerkgröße*: Eine ideale Größe beträgt 7-12 Mitglieder. Bei großen Netzwerken bietet es sich an, arbeitsteilig zu arbeiten.
- (13) *Netzwerkmanagement*: Eine am Netzwerk beteiligte oder außenstehende Person muss Aufgaben der Koordination, Organisation und Moderation übernehmen.
- (14) *Evaluation*: Netzwerke müssen sich sowohl intern überprüfen als auch von außen evaluieren lassen.

Kommunen sind die „zentrale und entscheidende Schalt- und Steuerstelle für die weitere Entwicklung und Förderung der pflege- und unterstützungsbezogenen Netzwerke-Vernetzung im Wohnumfeld“ (dip 2010: 15). Sie können diese Aufgabe jedoch nicht allein bewältigen. Die Länder müssen eine Gewährleister-Rolle übernehmen und damit einen Rahmen vorgeben, Regeln sowie Anreize setzen und landesweite Ziele bestimmen (ebd.: 140). Aber auch die Pflege- und Krankenkassen, Dienste und Einrichtungen samt ihrer Träger, Pflege- und therapeutischen Berufe sowie ihre Organisationen, Verbände und Selbsthilfeorganisationen, Familien, Bürgerinnen und Bürger, Kirchen und die Wohnungswirtschaft sind zentrale Akteure, wenn es darum geht, „gelingende Pflegelandschaften“ zu schaffen (ebd.: 16). Dennoch fällt den „Kommunen [...] die Schlüsselfunktion in der Initiierung, Organisation und Förderung der kommunikativen und steuernden Prozesse bei der Innovation von Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld zu!“ (ebd.: 134).

Die seniorengerechte Quartiersgestaltung bedarf also einer sektorübergreifenden Zusammenarbeit (Michell-Auli/Sowinski 2011). Dafür ist der Aufbau eines *Case Managements* hilfreich. Hier erfolgt eine systematische Vernetzung, die die Schnittstellen zwischen Organisationen und Professionen und den damit möglicherweise einhergehenden Versorgungslücken überwindet (Remmel-Faßbender 2009: 157). Case Management kann verstanden werden als:

„strikt adressatenorientiertes, standardisiertes Rahmenkonzept für Humandienste des Sozial- und Gesundheitswesens für eine komplexe, mehrere Dienste betreffende Problemsituation einer Person, deren eigene Ressourcen oder die des Umfeldes zur Bewältigung dieser Situation nicht ausreichen oder deren Nutzung sie überfordert. Case Management beansprucht eine ziel- und bedarfsorientierte Bearbeitung durch Leit- und Arbeitsprinzipien, wie zum Beispiel Ressourcen-, Lebenswelt- und Sozialraumorientierung, konsequente Kundenorientierung und -partizipation, kooperatives und interdisziplinäres Denken und Handeln“ (ebd.: 153).

Case Management kann aber nur dann effektiv und effizient sein, wenn es als Gesamtkonzept vorliegt, mit der Verbindung von Fallbezug und Netzwerksteuerung (ebd.: 157). Der Aufbau von Netzwerken ist Teil des *Care Managements*:

„Während im Case Management die bedarfsgerechte individuelle, fallbezogene Begleitung, Aktivierung und Organisation von Unterstützung für Menschen mit Mehrfachproblemen und ihres Umfelds im Vordergrund steht, zielt Care Management auf die reibungslose integrierte Organisation von Versorgungsleistungen durch den Aufbau und die Etablierung von fall- und organisationsübergreifenden regionalen Strukturen und Netzwerken ab, auf die dann im Einzelfall zurückgegriffen wird. Care Management bezeichnet die fallübergreifende System- und Versorgungssteuerung“ (ebd.: 159).

Case und Care Management sollten im Idealfall zusammenwirken (ebd.: 160). Case Management beinhaltet die Vermittlung von Hilfen aus dem Netzwerk, z.B. ambulante Krankenpflege, Wohnberatung, Essen auf Rädern, Haushaltshilfen, Begleitsdienste zu Ärzten und Abholdienste aus Tageseinrichtungen, Organisation notwendiger Hilfsmittelversorgung, Kontaktaufnahme zu Einrichtungen im Stadtteil oder die Klärung der Kostenübernahme (ebd.: 155). Mit dem Case Management sind viele Erwartungen in Bezug auf eine Optimierung von Pflegeprozessen verbunden. Denn mit Case Management soll der Spagat zwischen knapper werdenden Ressourcen und den Anforderungen einer guten Pflegequalität gelingen (Wilkening 2011: 73). Case Management ist ein Handlungsansatz, der Menschen in komplexen Problemlagen individuell begleitet (z.B. wenn neue Wohnformen gebraucht werden oder es einer Beratung hinsichtlich der verschiedenen Kostenträger, der Vielfalt an Dienstleistungen o.ä. bedarf) und „die Lotsenfunktion und Steuerung im System der erforderlichen Hilfen übernimmt, ohne den Betroffenen ihre Eigenverantwortung und ihre Selbstbestimmung zu entziehen“ (Rommel-Faßbender 2009: 152).

Case Management wirkt demnach sowohl im Netzwerk als auch individuell auf der Beratungsebene. Beratung kann definiert werden als „professionell, eigenständiges Hilfeangebot für KlientInnen in unterschiedlichen Lebenslagen und Problemsituationen“ (Engel/Sickendiek 2005: 163). Insbesondere im gesundheitsberuflichen und medizinischen Bereich ist die Auffassung von Beratung als einfaches „Informieren der

Ratsuchenden“ weit verbreitet. Auch wenn diese Informationen oftmals erwünscht sind, erhoffen sich Ratsuchende mehr, z.B. sachkundige Begleitung bei einer Lösung oder Bewältigung von Problemlagen.¹⁰

So genannte Pflegestützpunkte bieten Beratungsleistungen in Bezug auf Pflege- und Unterstützungsdienstleistungen an. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde die Einrichtung und Förderung von Pflegestützpunkten beschlossen. Diese können eine zentrale Bedeutung für die Vernetzung in den Kommunen bilden. „Pflegestützpunkte sollen als zentrale Anlaufstelle für Pflegebedürftige und deren Angehörige dienen und diese rund um das Thema Pflege beraten. Wohnortnah und flächendeckend sollen in Deutschland ca. 1000 dieser Pflegestützpunkte eingerichtet werden“ (pflegestützpunkte-online.de).

Hierzu werden mit den unterschiedlich involvierten Trägern, Verbänden, Kommunen und Organisationen Rahmenvereinbarungen verhandelt. Vorhandene Strukturen – Wissenschaft, Forschung, Ärztinnen und Ärzte, Kliniken, Unternehmen, Kirchen, Vereine, Selbsthilfegruppen und private Initiativen – müssen eingebunden werden, damit die Arbeit eines Pflegestützpunktes erfolgreich sein kann (ebd.). In den Pflegestützpunkten sollen Pflegeberaterinnen und Pflegeberater Pflegebedürftige und deren Angehörige informieren, begleiten und ihnen praktische Unterstützung geben. Zu den vorrangigen Aufgaben eines Pflegestützpunktes gehören:

- Anpassung an veränderte Bedarfslagen,
- Erarbeitung und Durchführung eines Versorgungsplans,
- Organisation von Pflege,
- Unterstützung bei der Suche nach externer Hilfe,

¹⁰ Im angloamerikanischen Bereich verweist der Begriff des Counsel(l)ing auf ein eigenständiges Forschungs-, Ausbildungs- und Praxisfeld, „das über Studiengänge verfügt, wie über eine Vielzahl eigenständiger Periodika [...]. Beratungsstudiengänge, die sich in dieser Breite dem Thema Beratung widmen und Spezialisierungen in unterschiedlichen Beratungsbereichen ermöglichen, sind in Deutschland erst im Entstehen“ (Engel/Sickendiek 2005: 165).

- Erarbeitung entscheidungsreifer Anträge und
- Erledigung aller Formalitäten (ebd.).

Auch die Wohnberatung ist Teil der Arbeit eines Pflegestützpunktes. Wohnberatung kann wesentlich dabei helfen, die Wohnung nach den Bedürfnissen älterer Menschen umzugestalten (Tyll 2009: 179).

Wohnberatungen mit anschließenden baulichen und technischen Maßnahmen können Unfälle vermeiden, die häusliche Altenpflege und Unterstützung vereinfachen und einen Heimaufenthalt verzögern oder vermeiden. Der Nutzen einer Wohnberatung liegt in folgenden Bereichen:

- (1) für die Betroffenen in der Erhaltung und Förderung eines selbständigen Wohnens,
- (2) für Pflegepersonen in der Erleichterung der häuslichen Pflege,
- (3) für das Pflegewesen in finanziellen Einsparungen, wovon Pflegekassen, Krankenkassen und Sozialhilfeträger profitieren,
- (4) für das Gesundheitswesen in einer Verhinderung von Unfällen in der Wohnung, wovon im Wesentlichen die Krankenkassen, teilweise auch die Pflegekassen profitieren,
- (5) für die kommunale Alten- und Sozialpolitik ebenfalls in finanziellen Einsparungen, da sich die Kosten für eine Wohnberatung rentieren, und
- (6) für die Wohnungswirtschaft und Wohnungspolitik darin, dass ältere Menschen weiter in ihrer Wohnung und Umgebung leben bleiben (ebd.: 184-186).

Auch die oben bereits angesprochene Bremer Studie kommt zu dem Ergebnis, dass es notwendig ist, Angebote zu schaffen, die die Gruppe der 50-65-jährigen in Bezug auf künftiges Wohnen im Alter informieren und beraten und die partizipativ ausgerichtet sind (Baumgärtner et al. 2009). Den stärksten Handlungsbedarf sehen die Expertinnen und Experten der Bremer Studie darin, Wohnstrukturen zu schaffen, die sich auch finanziell schwächer gestellte Ältere leisten können und die isoliert lebende Ältere erreicht (ebd.: 7).

Pflegestützpunkte sind insbesondere auch deshalb wichtig, weil die Pflege – wie auch viele andere Bereiche gesellschaftlichen Lebens (Bildung, Ernährung usw.) – mit Formen sozialer Ungleichheit zu kämpfen hat. Zahlreiche Studien belegen einen Zu-

sammenhang zwischen niedrigem sozialem Status (Bildung, Beruf, Einkommen), einem schlechten Gesundheitszustand, höherer Krankheitsbelastung und früher Sterblichkeit (BMG 2009: 14). Einer besonderen Aufmerksamkeit bedarf in diesem Zuge auch die Gruppe der Migrantinnen und Migranten. In naher Zukunft wird es immer mehr pflegebedürftige Migrantinnen und Migranten aus der ersten Zuwanderungsgeneration geben. Hier werden familiäre Hilfen allein nicht ausreichen (dip 2010: 117-118). Um ältere Menschen mit Migrationshintergrund zu erreichen, sind insbesondere Kultursensibilität und Muttersprache von Bedeutung (BMG 2009: 34). Dadurch werden Mitarbeitende mit Migrationshintergrund zu einem unentbehrlichen Erfolgsfaktor für die Arbeit mit Migrantinnen und Migranten. Sie stellen Mediatorinnen und Mediatoren dar, die sprachliche und kulturelle Barrieren überbrücken können (dip 2010: 120). Dies gilt gerade auch für Beratungsstellen.

Beratungs- und Koordinationsstellen sind aber nicht nur für Betroffene und Angehörige von großer Wichtigkeit, sondern auch für die Gewinnung, Unterstützung und Einbeziehung von Ehrenamtlichen im Vor- und Umfeld der Pflege (ebd.: 71).

„Freiwillige brauchen Begleitung, Information und einen guten Kontakt zu den Hauptamtlichen. Eine Schulung anfangs ist nötig, reicht aber nicht. Freiwillige wünschen sich klare Absprachen, sie brauchen Ansprechpartner und Bildungsinhalte, sie wollen etwas gestalten und mitreden, sie benötigen Rückmeldungen und überhaupt Anerkennung ihres Beitrags. Durch steten informellen Austausch und einen Begleitzirkel müssen sie das Erleben reflektieren können“ (Zegelin 2007: 28).

Den Kommunen kommt bei der

„Steuerung und Kommunikation eine entscheidende Bedeutung zu. Als Kosten-, Zuwendungs- und Planungsinstanz sind Kommunen und Landkreise in der Lage eine Moderationsrolle zu übernehmen und regional überschaubar die verschiedenen Akteure in Altenhilfe, Pflege und gesundheitlicher Versorgung verantwortlich einzubinden“ (ebd.: 130-131).

Allerdings zählen diese Aufgaben nicht zur gesetzlichen Pflicht. Aufgrund der knappen Haushaltslage der Kommunen besteht deshalb die Gefahr, dass diese Aufgaben eingespart werden. Daher ist zu überlegen, ob es bundesweite Gesetze für Case Management, Förderung bürgerschaftlichen Engagements und die Sicherung der Partizipation im Alter geben könnte (Schmidt/Klie 1999: 15). Ferner müssten die Rahmenbedingungen für die Kommunen verändert werden:

„Empfohlen wird eine Neuordnung, die eine weitere Kommunalisierung einleiten kann und somit die moderne Gewährleistungskommune strukturell ermöglicht. Die Kommune muss dazu die Möglichkeit haben, zumindest die Sozialhilfeausgaben für die Altenpolitik und Politik für Menschen mit Behinderungen gemäß SGB XII und SGB IX zu bündeln, teilweise auch die Instrumente der Arbeitsmarktpolitik gemäß SGB II und SGB III. Dies ist eine Voraussetzung, um ein kommunales Budget weniger kausal-

sondern vielmehr finalorientiert zu schnüren und somit auch Lenkungsaspekte realisieren zu können“ (dip 2010: 141).

Außerdem bedarf die Kommune

„für eine erfolgreiche Choreografie und das damit verbundene Change Management eines möglichst günstigen kulturellen Klimas zwischen den Akteuren. Dieses stellt eine der zentralen Einsichten dar, dass die Arbeit an den individuellen Haltungen, Einstellungen und Verhaltensmustern wie häufig wohl die Schlüsselfrage im Veränderungsprozess ist. Diese kommunale Organisationsarbeit wird die schwierigste, aber grundlegende Aufgabe einer kommunalen Neuausrichtung mit Blick auf die hier relevanten zukunftsorientierten Steuerungsfunktionen sein“ (ebd.: 145).

Diese kommunale Organisationsarbeit könnte in Form eines Case-Managements durch sogenannte *Advanced Nursing Practitioners (ANP)* organisiert werden.

ANP sind Pflegefachkräfte mit akademischer Zusatzqualifikation. Sie verfügen über Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis. Bei der *Advanced Nursing Practice* erfolgt eine Fokussierung der beruflichen Praxis auf die Patientinnen und Patienten sowie die Angehörigen (Hamric, 2009: 78). Die Charakteristik der Kompetenzen wird vom Kontext und den Bedingungen des jeweiligen Landes gestaltet, in dem ANP für die Ausübung ihrer Tätigkeit zugelassen sind (DBfK, 2007: 10).

Nurse Practitioner könnten insbesondere die fallbezogene Schnittstellenkoordination auf Quartiersebene organisieren. Denkbar wäre beispielsweise, dass sie in den Pflegestützpunkten eingesetzt werden. Hier könnten sie in Form eines Case-Managements Koordinations- und Vernetzungsaufgaben, Organisations-, Beratungs-, Moderations- sowie Schulungsaufgaben übernehmen. Bisher spielt das Konzept der *Advanced Nursing Practice* in Deutschland außerhalb der Krankenhäuser allerdings kaum eine Rolle.

Fazit

Die Quartiersebene bietet also gute Möglichkeiten zur Verknüpfung mit anderen Konzepten, wie dem Case-Management und dem ANP-Konzept. An den Ausbau eines quartiersbezogenen Wohlfahrtsmix stellen sich jedoch auch vielfältige Anforderungen, finanziell sowie durch die komplizierte sektorübergreifende Zusammenarbeit. Die Gutachterinnen und Gutachter des dip 2010 raten dazu, nicht zu glauben, dass man „neue und innovative Pflegelandschaften für das Wohnumfeld entwickeln und dabei auch noch Geld sparen“ (ebd.: 128) könne. Sie zeigen jedoch auch, dass „in einem Vergleich von Entwicklungsszenarien sehr wohl aufgrund der Investitionen in innova-

tive Ansätze unnötige Kosten etwa für veraltete Heimstrukturen zukünftig vermieden werden können“ (ebd.). Es sei nicht ausgeschlossen, dass

„bei leichten und mittelschweren Fällen der Pflegebedürftigkeit, die durch die neuen Angebote länger zu Hause betreut und gepflegt werden können, mittel- oder auch langfristig die privaten, öffentlichen und solidarisch getragenen Haushalte direkte Ausgaben einsparen können“ (ebd.: 129).

In Bezug auf das ANP-Konzept belegen internationale Studien, dass sich der Einsatz von Nurse Practitioners positiv auf Kosten, Lebensqualität und höhere Überlebenschancen auswirkt (Ulrich et al. 2010: 408). Allerdings gibt es auch Hindernisse in der Arbeit einer ANP. Dies gilt insbesondere für die unklare Rolle und deren Abgrenzung sowie den Mangel an Unterstützung und Akzeptanz von anderen Gesundheitsberufen (ebd.: 422).

Außerdem darf sich Professionalisierung der Pflege nicht allein durch eine Entwicklung hin zu ANP auszeichnen:

„Der Kern der Pflege [...] zeichnet sich nämlich durch eine ganz spezifische Zugangsweise zum Betroffenen aus. Das Ansetzen an der Leiblichkeit (und nicht nur am Körper) und eine die Existenz umfassende, heilende, Anteil nehmende und fürsorgende Hilfe und Unterstützung in krisenhaften, oftmals sehr verletzlichen Situationen sind die pflegerische Domäne und grenzen sie ab von den anderen Professionen. Damit steht aber ‚pflegekundliches‘ Handeln und nicht (ärztliches) heilkundliches Handeln im Zentrum der Pflege“ (ebd.: 2).

„Nurse Practitioner (NP) und Clinical Nurse Specialists (CNS) übernehmen große Teile ärztlichen heilkundlichen Handelns und agieren hoch spezialisiert in verschiedenen Settings des Gesundheitswesens, aber [...] sie entfernen sich von spezifischen pflegerischen Aufgaben“ (Darmann-Finck/Friesacher 2009: 1).

ANP wird deshalb als ein notwendiger, aber nicht ausreichender Teil von Professionalisierung verstanden. Wenn Advanced Nurse Practitioner sich von traditionellen pflegerischen Aufgaben entfernen, könnten diese wiederum ausgelagert werden – voraussichtlich an schlecht bezahlte, kurz ausgebildete Assistenzkräfte mit unzureichendem professionellem Hintergrund.

Unter *Kostengesichtspunkten* kann das Konzept der ANP – das zeigen Studien aus anderen Ländern – positiv bewertet werden (Ulrich et al. 2010: 408). Aus Perspektive der *Unterstützungsqualität* kann festgehalten werden, dass die Rückmeldungen sehr positiv sind (Spirig/De Geest 2004). Was die *Arbeitsqualität* angeht, enthält die Entwicklung zu ANP in jedem Fall Professionalisierungsschübe. Allerdings ist fraglich, was mit den Tätigkeiten geschehen soll, die nicht von einer ANP übernommen werden. Grund- und Behandlungspflege werden auch weiterhin notwendig sein.

Die Anerkennung des Berufes, der in vielen Fällen bereits eine Profession darstellt, ist positiv einzuschätzen. Die Ressourcen der ANP sind ebenfalls gestärkt, da größere Handlungsspielräume bestehen und ANP mehr Arbeitsautonomie besitzen und Verantwortung tragen. Die Aspekte Zeit und Belastung sind schwieriger zu beurteilen. Tendenziell bietet das Konzept aber viele Chancen – auch für die Arbeitsqualität. Jedoch bleiben auch Fragen offen, die erst in der konkreten Ausgestaltung von ANP beantwortet werden können.

3.5.2 Prävention und Gesundheitsförderung

Da Kommunen eine wichtige Schnittstellenfunktion einnehmen, kann der Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung hervorragend an die Kommune angebunden werden. Bevor aber Prävention im Setting Kommune beschrieben wird, sollen einige allgemeine Ausführungen zu Prävention vorangestellt werden:

Prävention und Gesundheitsförderung werden insbesondere aufgrund des demografischen Wandels und der damit zu erwartenden Mehr-Kosten im Gesundheitssystem diskutiert. Im Rahmen des demografischen Wandels wird es immer komplexere Bedarfslagen geben, „die durch die Mischung von chronifizierten Erkrankungen, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und Behinderungen“ geprägt sein werden (ebd.: 82).

Die Begriffe *Prävention* und *Gesundheitsförderung* werden häufig synonym verwendet. In der ursprünglichen Begrifflichkeit gibt es jedoch entscheidende Unterschiede. Der Begriff der *Gesundheitsförderung* wurde Mitte der 1980er Jahre im Rahmen der gesundheitspolitischen Diskussionen der WHO geprägt. „Gesundheitsförderung richtet sich auf die Verbesserung von Lebensbedingungen und eine damit einhergehende Stärkung der Gesundheit“ (BMG 2009: 5). Für die Gesundheitsförderung ist das Konzept der Salutogenese von zentraler Bedeutung. Das Konzept der Salutogenese von Antonovsky (1997) fragt nicht danach, was Menschen krank macht, sondern was sie – trotz aller Belastungen – gesund hält. Kern des Konzepts ist das Kohärenzgefühl, welches ein personenbezogenes Charakteristikum darstellt. Das Kohärenzgefühl ist eine Grundorientierung, die ein umfassendes und dynamisches Vertrauen ausdrückt, wenn die Umwelt als verstehbar, handhabbar und bedeutsam wahrgenommen wird. Es wird relevant, wenn Stresssituationen auftreten. Das Kohärenzgefühl sorgt in angespannten Situationen dafür, dass Ressourcen aktiviert werden, mit denen eine Person flexibel mit den an sie herangetragenen Anforderungen umgehen kann (ebd.).

In Abgrenzung zur Gesundheitsförderung fallen unter den Begriff *Prävention* jene Maßnahmen, die gezielt Krankheiten vorbeugen können. Prävention kann untergliedert

werden in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (ebd.: 214). Die Primärprävention wird als Vermeidung auslösender Ursachen oder Risikofaktoren von Erkrankungen verstanden. Die Sekundärprävention dient der Entdeckung von Krankheiten im Frühstadium, so dass eine Therapie erfolgreich durchgeführt werden kann oder der Wiedereintritt einer Erkrankung verhindert wird. Die Tertiärprävention bezieht sich auf die erfolgreiche Behandlung einer Krankheit, mit der Verschlimmerungen vorgebeugt werden kann. Gesundheitsförderung wird häufig mit der Primärprävention gleichgestellt (ebd.: 216). Außerdem wird der Präventionsbegriff an sich häufig ausschließlich als Primärprävention verstanden. Bartholomeyczik (2006) schlägt vor, dass die Unterscheidung zur Gesundheitsförderung eine analytische bleibt,

„d.h. jede präventive Maßnahmen sollte immer beide Komponenten enthalten: sie sollte immer darauf gezielt sein, die Ressourcen zu stärken – die gesundheitsfördernde Komponente – und gleichzeitig die Belastungen zu senken – die präventive Komponente“ (ebd.: 218).

Für Prävention und Gesundheitsförderung im Alter bestehen vielfältige Probleme. Zentral sind die fehlende regionale und überregionale Angebotsübersicht und mangelnde Vernetzung der Aktivitäten und Akteure (BMG 2009: 6). Daher gibt es bisher keine flächendeckenden Angebote zu Prävention und Gesundheitsförderung (ebd.: 10). Zudem bleiben Konzepte der Gesundheitsförderung, der Lebenswelt oder des Empowerment zumeist auf den Diskurs in der pflegewissenschaftlichen Literatur beschränkt und werden in der Praxis nicht umgesetzt (Bartholomeyczik 2006: 218). Hinderliche Rahmenbedingungen sind ferner ungenügende finanzielle und personelle Mittel sowie das geringe Interesse an der Thematik auf politischer Ebene (BMG 2009: 25). Ein weiteres Hindernis präventiver Maßnahmen ist, dass man ihren Erfolg nur schwer nachweisen kann, dies gilt insbesondere für Maßnahmen wie Pflegeintervention, Patientenedukation, Case Management und Familiengesundheitspflege (Bartholomeyczik 2006: 221).

Wie bereits angedeutet, gibt es Überschneidungen zwischen Quartierskonzepten einerseits sowie Prävention und Gesundheitsförderung andererseits. So nennt z.B. der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen neben der Berücksichtigung gesundheitsrelevanter Themen in allen kommunalpolitischen Bereichen verschiedene Ansatzpunkte für Primärprävention auf kommunaler Ebene: die Kooperation im Gesunde Städte-Netzwerk (GSN), gesundheitsfördernde Settings unterhalb der Ebene Stadt/Gemeinde, Stadtteilentwicklung im Sinne eines Quartiersmanagement und Angebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes (SVR 2002). Trotzdem steckt die Sensibilisierung kommunaler Akteure für die Themen Gesundheitsförderung und Prävention in den Kinderschuhen (BMG 2009: 18). Etablierte Strukturen wie etwa im

Programm „Soziale Stadt“¹¹ bieten jedoch gute Anknüpfungspunkte für die Realisierung kommunaler Gesundheitsförderung (ebd.: 19). Auch der Setting-Ansatz mit der Grundidee, dass Gesundheitsförderung im Lebensalltag der Menschen ansetzen muss, bietet gute Anknüpfungspunkte. Schlüsselemente des Setting-Ansatzes sind die Befähigung zur Wahrnehmung eigener gesundheitsbezogener Interessen, Empowerment und die Entwicklung gesundheitsfördernder Strukturen. Der Setting-Ansatz gilt als vielversprechend, um auch sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu erreichen (ebd.: 17).

Folgende Voraussetzungen wirken sich positiv auf die gesundheitsförderliche Arbeit im kommunalen Setting aus:

- die Festlegung von Zuständigkeiten,
- die Bereitstellung von Ressourcen für die Etablierung grundlegender Strukturen kommunaler Gesundheitsförderung,
- die Sicherstellung der Nachhaltigkeit kommunaler gesundheitsfördernder Maßnahmen und die Verstetigung von Modellprojekten,
- die Bereitschaft der Städte und Kommunen zur Thematisierung und Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung für ältere Menschen, bzw. die politische Rückendeckung, z.B. durch einen einstimmigen Ratsbeschluss,
- die Sicherstellung der Stabilität und Langfristigkeit in Bezug auf Struktur, Finanzierung und Mitarbeitende sowie
- der Einsatz eines lokalen Akteurs, der hauptverantwortlich die Koordination übernimmt sowie die Einrichtung einer lokalen Koordinierungsstelle (BMG 2009: 32-33).

¹¹ Das Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – Soziale Stadt“ wurde 1999 von Bund und Ländern aufgelegt (Böhme/Franke 2010).

Im Folgenden stellen wir aus den vielfältigen Möglichkeiten und Formen kommunaler Gesundheitsförderung den *präventiven Hausbesuch* als einen wichtigen Ansatz vor, der sich auf ältere Menschen mit Unterstützungsbedarf sowie auf deren Angehörige bezieht. Der präventive Hausbesuch basiert auf so genannten Zugeh-Strukturen (dip 2010: 100).

„In der Versorgungsstruktur des deutschen Sozial- und Gesundheitswesens dominieren die nachfrageorientierten sogenannten ‚Komm-Strukturen‘. [...] Sogenannte ‚Zugeh-Strukturen‘ oder zugehende Angebote sind [...] eher im Bereich der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe etabliert“ (ebd.: 98).

Insbesondere Menschen mit eingeschränkten materiellen oder sozialen Lebensbedingungen meiden Komm-Strukturen. Auch Personen, die stark in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, werden von Komm-Strukturen nicht erreicht (ebd.: 99).

„Vor diesem Hintergrund [...] sind zugehende Angebote im Sinne von präventiven Ansätzen der Pflege im Wohnumfeld als ein innovatives Interventionskonzept anzusehen, mit dem der ‚letzte Meter‘, der unterstützungsbedürftige und potenziell gefährdete, überwiegend ältere Menschen erreicht, überwunden und gestaltet werden kann“ (ebd.).

Ein großes Potential des präventiven Hausbesuchs wird insbesondere bei sozialökonomisch benachteiligten älteren Menschen gesehen. „Ziele der präventiven Hausbesuche [...] sind die Förderung und Erhaltung der selbstständigen Lebensführung durch Beratung der Seniorinnen und Senioren und ihrer Angehörigen“ (ebd.: 102). Faktoren, die durch den präventiven Hausbesuch beeinflusst werden können, sind Bewegung, Ernährung, Stress- und Selbstmanagement, Bewältigungsstrategien in Bezug auf Krankheiten etc. Insbesondere bei noch nicht pflegebedürftigen Personen finden sich hier Potentiale (ebd.: 101). Aufgaben der Beratung im Rahmen des präventiven Hausbesuchs sind:

- den Unterstützungsbedarf zu erfassen und zu analysieren,
- einen individuellen Versorgungsplan zu erstellen,
- auf die Durchführung des Versorgungsplans beim jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,
- die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und wenn nötig an die Bedarfslage anzupassen sowie
- bei komplexen Fragestellungen den Unterstützungsprozess auszuwerten und zu dokumentieren (ebd.: 107).

Eine wichtige Erfolgsvoraussetzung für die Beratung ist der Aufbau von Vertrauen zwischen Berater/in und Klient/in. Wichtig ist es zudem, die Multiperspektivität des Beratungsansatzes und entsprechende Assessments zu achten. Das Personal für die Besuche sollte eigens geschult werden, die Beratungsbesuche in einem Zyklus von höchstens zwei Jahren stattfinden (ebd.: 132).

Auch pflegende Angehörige gelten als wichtige Zielgruppe zugehender Beratung. Dies gilt insbesondere dann, wenn sie demenzkranke Familienmitglieder betreuen. Internationale Studien zeigen, dass beratende Gespräche mit Fachpersonen als psychisch entlastend empfunden werden und Angehörige mit umfassendem Demenzverständnis eine niedrigere Depressionsrate aufweisen. Beratungsprogramme für Angehörige können zudem die Anzahl von Heimeinzügen verringern (ebd.: 111).

3.5.3 Einsatz assistierender Technik

Anders als im internationalen Rahmen fehlt im deutschsprachigen Raum in den Pflegewissenschaften bisher ein intensiver Diskurs zum Verhältnis von Altenpflege und Technik (Hülsken-Giesler 2007: 164). Der deutsche Diskurs beschränkt sich auf die Frage der angemessenen Verwendung von Technik in der Pflege. Dabei richtet sich der Fokus auf das Verhältnis von menschlichem und technischem Einsatz (ebd.: 104). Der internationale pflegewissenschaftliche Diskurs besteht in der Hauptsache in zwei Argumentationssträngen: Im ersten Argumentationsstrang wird Technik als neutrales Mittel zur Realisierung sozialer Ziele verstanden. Im zweiten Argumentationsstrang wird der Technik eine normative Kraft zugeschrieben, die verhaltensdeterminierend wirkt.

„Erst jüngste Veröffentlichungen unterstreichen in diesem Zusammenhang, dass Technik und Maschinen [...] nicht als isolierte Entitäten betrachtet werden können, sondern in ihrer Komplexität als gesellschaftliche Produkte zu verstehen sind, die wiederum auf die Gesellschaft zurückwirken und insofern auch jeden Bereich der modernen pflegerischen Arbeit zutiefst beeinflussen“ (ebd.: 105).

Wichtig ist für die Unterstützung alter Menschen ist, dass eine Balance zwischen einer sinnvollen Anwendung von Technik und tragenden zwischenmenschlichen Beziehungen hergestellt wird (ebd.: 168). Der Einsatz assistierender Technik erfolgt vor allem in zwei Bereichen: Zur Unterstützung der Pflege (z.B. Telemedizin zur Überwachung von Vitalparametern) und im Rahmen von administrativen Aufgaben wie der Dokumentation, mit denen zahlreiche Unterstützungsdienstleistungen effizienter gelöst werden können. Technische Hilfsmittel sollen es alten Menschen außerdem ermöglichen,

im vertrauten Wohnumfeld zu bleiben. Damit kann der Einsatz assistierender Technik auch als Teil der Quartierskonzepte verstanden werden.

„Ambient Assisted Living’ (AAL) steht für Konzepte und Lösungsansätze, die neue technologische Produkte und das soziale Umfeld miteinander verbinden“ (Görres/Nachtmann 2009: 1). „Für die Zukunft des Alterns dürften wesentliche Aspekte von Wohnen, Lebensqualität und Selbstständigkeit bei hoher Gesundheit im Mittelpunkt stehen. Denn: Der Wunsch älterer Menschen, so lange wie möglich ein unabhängiges und selbst bestimmtes Leben im vertrauten Wohnumfeld führen zu können, ist von zentralerer Bedeutung. Innovative Dienstleistungs- und Technikstrukturen sowie alternative Wohnformen können dabei helfen, eine autonome Lebensführung in den ‚eigenen vier Wänden‘ zu ermöglichen“ (ebd.: 2).

Technische Innovationen sollen den häuslichen Alltag erleichtern, körperliche und geistige Defizite kompensieren sowie moderne Kommunikationsmöglichkeiten schaffen (ebd.: 1). Intelligente Assistenzsysteme können in der medizinischen und pflegerischen Versorgung derzeit sowohl präventiv als auch rehabilitativ wirksam werden (ebd.: 2).

Abb. 4: Vorstellung von einem Leben im Alter nach Geschlecht (in %)¹²

Quelle: Oesterreich/Schulze 2009: 9; eigene Darstellung

	Bei der Familie	In eigener Wohnung mit technischer Unterstützung	In betreuter Wohnanlage	In Wohngemeinschaft mit anderen Älteren	In Seniorenresidenz
Frauen	4,9	58,8	22,5	7,8	5,9
Männer	16,1	37,5	32,1	7,1	7,1
Alle	8,9	51,3	25,9	7,6	6,3

¹² Mittels eines standardisierten Fragebogens und Gruppendiskussion wurden 170 Probanden/innen zwischen 55 und 97 Jahren zu ihren Eindrücken zu Geräten des Ambient Assisted Living befragt, die einen Verbleib in der eigenen Wohnung unterstützen sollen.

Diese Tabelle zeigt eine hohe Akzeptanz bei älteren Menschen, technische Unterstützung im Alter anzunehmen, um in der eigenen Wohnung bleiben zu können.

Im Folgenden sollen einige der technischen Hilfsmittel vorgestellt werden, die insbesondere der Unterstützung der ambulanten Altenpflege dienen¹³:

- personalisierte Erinnerungssysteme für die Einnahme von Medikamenten oder zur Durchführung eines Bewegungsprogramms (ebd.),
- Überwachungssysteme, die die Vitalparameter kontrollieren und in Gefahrensituationen Hilfe rufen (ebd.), beispielsweise in Form eines Telemonitorings für Herz-Kreislauf-Kranke (Gewicht, Blutdruck, Pulsfrequenz etc. werden an eine Zentralstation übermittelt und dort ständig ausgewertet) oder in Form eines Hemds, das wichtige Messungen vornimmt (EKG, Blutdruck etc.) und an eine Überwachungsstation weiterleitet (Oesterreich/Schulze 2009: 8),
- technische Geräte zur Nahrungszubereitung und Wohnungsreinigung (Görres/Nachtmann 2009: 2),
- Systeme zur Raumautomation (Steuerung von Licht und Klima, evtl. gekoppelt mit der Zugangskontrolle) (Krieg-Brückner 2009: 6),
- Systeme zur Gebäudesicherheit (beim Betreten der Wohnung kann ein nutzerspezifisches Profil eingeschaltet werden). Diese Systeme werden durch die Kontrolle von Haushalts- und Mediengeräten ergänzt. Es gibt eine Entwicklungstendenz, die gesamte Umgebungssteuerung zusammen zu führen (ebd.),
- intelligente Möbel (sie können sich an den Nutzer anpassen. So gibt es beispielsweise eine Küchenzeile, in der die gesamte Arbeitsplatte oder einzelne Hängeschränke auf und ab gefahren werden können. Die Arbeitshöhe soll für jeden Nutzer gespeichert werden können. Ähnlich könnte sich ein Bett an den Nutzer anpassen (ebd.),

¹³ Zu einer Übersicht über technologische Errungenschaften in der Pflege siehe auch Heil 2011: 1155.

- automatische Sicherung der Wohnung (es werden alle technischen Geräte überprüft und ausgeschaltet) (Oesterreich/Schulze 2009: 8),
- eine Medikamentenbox erinnert an die Einnahme und stellt die Medikamente bereit (ebd.),
- ein intelligenter Schuh, der typische Bewegungsabläufe speichert und bei Abweichungen Alarm gibt (ebd).

Der Umgang mit technischen Assistenzsystemen ist bei verschiedenen Gruppen sehr unterschiedlich. Befragte, die eine hohe Technikakzeptanz haben, zeigen auch eine höhere Nutzungsbereitschaft (ebd.). Frauen haben eine geringere Nutzungsbereitschaft als Männer, jüngere Befragte eine höhere als ältere und Zusammenlebende eine höhere als Alleinlebende. Gesundheitlich Eingeschränkte sind weniger nutzungsbereit als solche, die gesundheitlich nicht eingeschränkt sind. D.h. diejenigen, die die Assistenzsysteme am dringendsten nötig hätten, zeigen die geringste Nutzungsbereitschaft (ebd.: 9). Generell geben ältere Menschen solchen technischen Assistenzsystemen die höchste Zustimmung, die erstens dem persönlichen Schutz und zweitens der Kompensation einer gesundheitlichen Beeinträchtigung dienen. Die alleinige Erleichterung des Alltags ist nur wenig akzeptiert (Görres/Nachtmann 2009: 2). Dies belegt auch die oben genannte Studie: Bei der Beurteilung der Entwicklungen (1. Automatische Sicherung der Wohnung, 2. Medikamentenbox, 3. Telemonitoring, 4. Messungshemd und 5. intelligenter Schuh) erhält die automatische Sicherung der Wohnung die höchste Zustimmung, gefolgt vom Telemonitoring, dem Hemd und der Medikamentenbox. Die geringste Zustimmung erhält der intelligente Schuh (Oesterreich/Schulze 2009: 8).

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der oben genannten Bremer Studie schätzen am Technikeinsatz, dass er das Leben im Alter vereinfachen, die Organisation des Alltags erleichtern und zur Sicherheit beitragen kann, womit ein Umzug in ein Altenpflegeheim hinausgezögert oder vermieden werden kann. Ferner begrüßen sie, dass mit dem Einsatz technischer Hilfsmittel Personalkosten eingespart werden können. Nachteile sehen sie darin, dass vermehrter Technikeinsatz zu Vereinsamung und Isolation führen kann und dass Unselbstständigkeit womöglich sogar gefördert wird. Darüber hinaus befürchten sie Probleme in der Überwachung und Entmündigung sowie hohe Kosten (Installation und Instandhaltung) (Baumgärtner et al. 2009: 10).

Bisher gibt es viele ungelöste Probleme, was den Einsatz technischer Assistenzsysteme betrifft. Besonders schwerwiegend ist die fehlende Akzeptanz der Systeme selbst, die sich in einer Vielzahl von Punkten äußert. Dies sind zum einen Gründe, die

sich direkt gegen den Einsatz von technischen Hilfsmitteln wenden, wie beispielsweise die fehlende Nutzerfreundlichkeit. So reagieren alte Menschen verhalten auf die programmierte Verknüpfung einzelner Komponenten zu einem „vernetzten Haushalt“, da sie Lösungen bevorzugen, die realitätsnah und praktikabel sind (Görres/Nachtmann 2009: 2). Ferner gibt es die Befürchtung, dass Roboter Menschen und deren Zuwendung ersetzen sollen (Krieg-Brückner 2009: 6). Zum anderen gibt es gesellschaftlich ungelöste Probleme beim Einsatz technischer Assistenzsysteme: Ältere Menschen werden nur ungenügend in die Entwicklung der Produkte einbezogen, so dass Unkenntnis über ihre Bedürfnisse, Wünsche und Fähigkeiten herrscht. Auch der Zugang zu den technischen Systemen ist ungeklärt, da hierbei insbesondere finanzielle Ressourcen der Älteren für Produkte und Dienstleistungen eine Rolle spielen (Görres/Nachtmann 2009: 2). Andere Stimmen bemerken, dass die technische Wohnraumanpassung Einfluss „auf das Wahrnehmen und Erleben, auf soziale Kontakte, auf das Zurschaustellen (öffentlich) und Verbergen (privat)“ (Friesacher 2009: 12) hat. Auch generelle philosophische Kritik wird geäußert:

„Die moderne Technik, zumal im humanwissenschaftlichen Bereich, betrifft den Umgang mit Leben selbst. Die Technik ist invasiv geworden und dringt tief in den menschlichen Leib ein [...] Gleichzeitig dringt die Technik auch in Bereiche der Mitwelt und Lebenswelt ein, die zu einer Totalisierung der technischen Weitererschließung führt und andere Gegebenheitsweisen der Welt herabsetzt“ (ebd.).

Eine der größten Herausforderungen in der Ambient Assisted-Living-Forschung ist es, dass die eingesetzte Technik die Absichten der Nutzerinnen und Nutzer verstehen kann. Der sprachliche Dialog ist Gegenstand der Grundlagenforschung. Ferner müssen Forschung und Entwicklung in Kooperation mit Computerlinguistik und der Informatik zusammenarbeiten, damit die Mensch-Maschinen-Interaktion funktionieren kann. In Zukunft soll es möglich sein, über Sprachäußerungen die Absichten der einzelnen Nutzerinnen und Nutzer zu erkennen (Krieg-Brückner 2009: 6). Es sollten bei Alter oder Krankheit physische und kognitive Fähigkeiten durch Assistenzsysteme kompensiert, aber nicht überkompensiert werden. Damit ist die Hoffnung verbunden, dass technische Assistenzsysteme stärker akzeptiert werden (Krieg-Brückner 2009: 6).

Vor allem Frauen müssen als Zielgruppe für den Einsatz technischer Assistenzsysteme gewonnen werden, da gerade sie den Wunsch äußern, weiterhin in der eigenen Wohnung bleiben zu können. Bisher zeigen sie allerdings eine geringere Nutzungsbereitschaft als Männer (Oesterreich/Schulze 2009: 9).

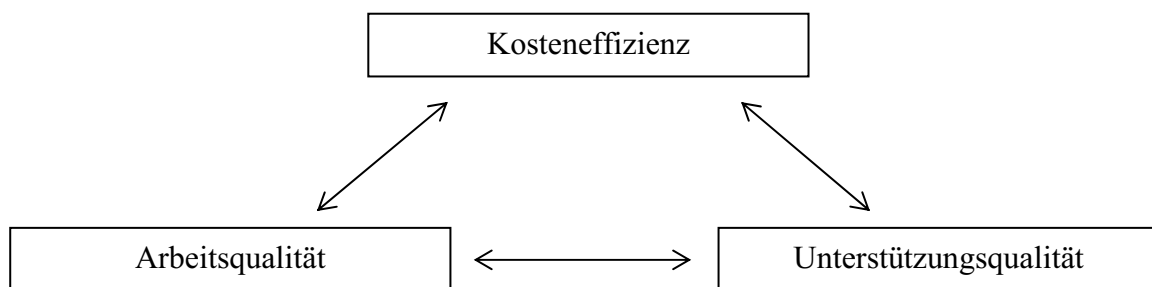
Insgesamt steckt die Entwicklung technischer Assistenzsysteme noch in den Kinderschuhen. Zurzeit lassen sich für den gezielten Einsatz assistierender Technik bei der

Unterstützung älterer Menschen daher mehr Hemmnisse und Probleme identifizieren als Möglichkeiten und Hoffnungen.

4 Das ‚Produktivitätsdreieck ambulante soziale Unterstützungsdienstleistungen im Alter‘ (ASUDIA)

Ein Produktivitätsverständnis, das dem geschilderten, sich historisch ausdifferenzierenden Unterstützungssystem ‚Altenpflege‘ gerecht werden kann, muss die verschiedenen Akteure, Akteurs- und Trägerkonstellationen, die sich zum Teil überschneidenden Regulierungs- und Orientierungslogiken sowie die Perspektive derjenigen in Betracht ziehen, die Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen. Eine – wie in der politischen Debatte – vorherrschende Beschränkung auf die reine Kostenseite der Produktivität wird weder dem Gegenstandsbereich gerecht, noch lässt es darauf gründende politische Strategien (etwa der Kostendämpfung angesichts des demografischen Wandels) als aussichtsreich erscheinen. Unser auf Nachhaltigkeit ausgerichtetes Produktivitätsverständnis, das sich um mittel- und langfristige Zusammenhänge sowie Wechselwirkungen verschiedener Produktivitätsaspekte bemüht, bezieht neben der reinen *Kosteneffizienz* erstens auch die *Ergebnisqualität* der vielfältigen unterstützenden Dienstleistungen (die *Unterstützungsqualität*) und zweitens die *Qualität des Arbeitsprozesses* für die dort Tätigen ein.

Abb. 5: Produktivitätsdreieck ‚ASUDIA‘



Durch diese Erweiterung des ‚Produktivitätsblicks‘ gelangen wir zu einem *Produktivitätsdreieck*. In diesem stehen die Pole der Kosteneffizienz, der Arbeitsqualität und der Unterstützungsqualität in einer engen Wechselbeziehung zueinander. Dabei kann die Wechselwirkung positiv oder auch negativ sein. Möglich sind auch Wirkungen, die zunächst positiv (negativ) und erst im weiteren Zeitverlauf negativ (positiv) werden. Z.B. kann eine Steigerung der Kosteneffizienz durch abgesenkte Löhne zwar die Kosten kurzzeitig senken, aber einen nachhaltig negativen Einfluss auf die Unterstützungs-

und die Arbeitsqualität besitzen. Reagieren die Beschäftigten mit einer Rücknahme ihrer Arbeitsleistung aufgrund der sich im Lohn ausdrückenden gesunkenen Wertschätzung ihrer Arbeit, könnte die Kosteneffizienz mittel- bis langfristig wieder sinken.

Die Ausdifferenzierung des Systems ‚Unterstützung im Alter‘ führt zudem dazu, dass sich auch die Pole des Produktivitätsdreiecks ausdifferenzieren. Es gibt nicht mehr *eine* Kosteneffizienz, *eine* Unterstützungs- und *eine* Arbeitsqualität. Vielmehr muss beachtet werden, dass verschiedene Kostenträger, verschiedene (Professions-)Gruppen sowie verschiedene Wege und Formen der Ergebnissicherung nebeneinander bestehen. Beispielsweise kann eine Steigerung der Kosteneffizienz in der Pflegeversicherung mit einer Kostensteigerung bei anderen Sozialleistungsträgern oder den Gepflegten einhergehen; die Arbeitsqualität entlohnter Dienstleister mag steigen, wenn sie durch Ehrenamtliche unterstützt werden, allerdings muss zusätzlich die Arbeitsqualität der Ehrenamtlichen und die durch sie beeinflusste Qualität der Unterstützungsdienstleistungen in den Blick genommen werden.

Wir möchten im Folgenden zunächst die drei Pole des Produktivitätsdreiecks genauer schildern, um anschließend die Konsequenzen für eine solchermaßen fundierte Produktivitätsanalyse behandeln zu können. Da die Kosteneffizienz und die Unterstützungsqualität gesondert behandelt werden (siehe Krause et al. 2012), gehen wir hier nur sehr kurz auf diese beiden Pole ein. Im Zentrum stehen dabei Wirkungen auf die Arbeitsqualität. Anschließend wenden wir uns ausführlich dem Pol ‚Arbeitsqualität‘ zu. Gerade hier besteht unseres Erachtens auch die größte Forschungslücke. Während die Kosteneffizienz durch die Ökonomie und die Qualität der Unterstützungsdienstleistungen durch die Pflegewissenschaften sowie Public Health betrachtet werden, rückt die Arbeitsqualität Pflegender sowie weiterer Dienstleister im System ‚Unterstützung im Alter‘ erst langsam in den Fokus arbeitswissenschaftlicher Analysen (z.B. Kumbruck et al. 2010; Bornheim 2008; Büssing/Glaser 2003a, b).

4.1 Kosteneffizienz

Im System sozialer Unterstützungsdienstleistungen werfen vor allem die Pflegeleistungen regelmäßig hohe Kosten auf, die zum einen durch die Gepflegten und zum anderen (in den meisten Fällen auch) durch Sozialversicherungen (v.a. Pflegeversicherung und Krankenversicherung), Privatversicherungen oder die Sozialhilfeträger finanziert werden müssen. Alle Kostenträger haben ein grundsätzliches Interesse an der Senkung der Kosten bzw. wenigstens einer Beschränkung der angesichts des demogra-

fischen Wandels zu erwartenden Kostensteigerung. Aus diesem Grunde wurden schon in den vergangenen Jahren verstärkt Eingriffe in den Pflegemarkt vorgenommen, die kostendämpfend wirken sollen. Grundprinzipien der Eingriffe waren zum einen eine Stärkung des Marktmechanismus (z.B. Erzeugung von Konkurrenz durch die Zulassung neuer privater Anbieter) und zum anderen eine Ausgabenbeschränkung für Pflegeleistungen, z.B. durch Deckelung der Pflegesätze oder die Beschäftigung von geringer qualifizierten Pflegekräften (vgl. Marrs 2007; Rothgang 2008; Senghaas-Knobloch 2010b). Dennoch gelten Pflegeleistungen – Rentenleistungen vergleichbar – als zukünftig immer schwerer zu finanzieren. Der bereits eingetretene und der für die Zukunft prognostizierte Kostendruck ist daher in diesem Sektor sehr groß.

Der Kostendruck in der Altenpflege führt dazu, dass die Arbeitsabläufe immer detaillierter und standardisierter werden, um zeitsparendes, effektives und rationelles Arbeiten zu ermöglichen (Böhle et al. 1997: 18). Mehr Zielausrichtung, Planung und Ausrichtung an Pflegestandards sollen die Effizienz und Qualität in der Pflege erhöhen (ebd.). Die zahlreichen Reformbemühungen im deutschen Gesundheitswesen zur Dämpfung der Kosten seit Ende der 1980er Jahre konnten jedoch nicht die gewünschten Effekte erzielen (Büssing/Glaser 2003b: 16).

Dabei geht es auch um Personaleinsparungen und weitere Sparmaßnahmen wie günstigerer Einkauf, Absenkung von Entgelten, effizientere Arbeitsorganisation, Leistungsverdichtung bei den Pflegekräften, weniger Pflegezeit pro gepflegter Person usw. Es liegt dabei auf der Hand, dass die kostengünstigste Möglichkeit schnell die Pflege als auch die Arbeitsqualität beeinflussen kann.

4.2 Unterstützungsqualität

Die Arbeitsbedingungen von Personen, die in Unterstützungsdienstleistungen tätig sind (Pflegekräfte, Ehrenamtliche, Haushaltsdienstleister usw.), und die Unterstützungsqualität der solche Dienstleistungen Beanspruchenden, stehen in einem engen Wechselverhältnis zueinander (Kumbruck 2010: 205). Insbesondere Pflegende haben eigene professionelle Ansprüche an die Qualität der Pflegeleistung, die sowohl eine Bestimmungsgröße für die Arbeitsqualität als auch für die Pflegequalität bilden (z.B. ausreichende Zeit für Pflegeleistungen). Dabei bildet die Pflegequalität die entscheidende Größe für die Qualität eines Pflegesystems. Man könnte auch sagen, dass sie den Bestimmungszweck der Pflege bildet und damit der Bezugspunkt jeglicher Produktivitätsbewertung sein muss. Allerdings kann die Pflegequalität im engeren und die Qualität von Unterstützungsdienstleistungen im weiteren Sinne nicht einfach und ob-

ktiv bestimmt werden. Stets müssen neben wissenschaftlich weiterentwickelten Qualitätsstandards (siehe hierzu Krause et al. 2012) auch die Einschätzungen der Nutzer und Nutzerinnen dieser Dienstleistungen beachtet werden. Eine Reihe von Merkmalen einer ‚angemessenen‘ Unterstützungsqualität könnten aus Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer – in Abhängigkeit eines unterschiedlichen Unterstützungssettings und -bedarfs – relevant sein, insbesondere der Grad der:

- Berücksichtigung erwünschter bzw. als notwendig empfundener Unterstützungsleistungen,
- erwünschten Selbsthilfefähigkeiten und der Selbstsorgefähigkeiten (Arend/Gastmans 1996),
- erwünschten Selbstbestimmung über ihr eigenes Leben und die von ihnen erwünschte Unterstützung (vgl. Rinderspacher et al. 2009; Arend/Gastmans 1996),
- Lebensqualität,
- Gestaltungsmöglichkeiten sozialer Beziehungen.

Für den Pflegebereich wurde herausgefunden, dass den Gepflegten insbesondere die Beziehungsqualität wichtig ist, vielleicht sogar wichtiger als die generelle Pflegequalität¹⁴ bzw. konkrete Pflegeleistungen, die für die Leistungsanbieter bei den Leistungsträgern abrechenbar sind. Gepflegte wollen vor allem Geborgenheit verspüren und bewerten die Pflegequalität entsprechend (Kumbruck 2010: 197). Daher ist es besonders wichtig, neben den objektiven Faktoren auch die subjektiven Bewertungsfaktoren einzubeziehen, wenn eine gute Unterstützungsqualität beurteilt werden soll.

Die Unterstützungsqualität ist gerade hinsichtlich der Möglichkeiten, eine ausreichende Beziehungsqualität zwischen Betreuenden und Betreuten zu sichern, seit Jah-

¹⁴ Es gibt vielfältige Mängel in der Pflegequalität. Dazu gehören Mangelernährung, Dekubitus, Schmerzen und mangelnde Sturzprophylaxe (Roth 2007: 79). Zudem stellt Roth fest, dass Gewalt in der Altenpflege nicht ausreichend erforscht ist und sich ansonsten zwischen Tabu und Skandal bewegt (Roth 2007: 80).

ren zunehmend gefährdet. Die Budgetierungen im Gesundheits- und Pflegesektor haben – insbesondere auch im ambulanten Bereich – zu einer engeren Zeittaktung in der Pflege geführt, die für andere als die eigentlichen, für die jeweilige Person anerkannten Pflegeleistungen keinen Raum mehr lässt. Diese Zeitökonomie widerspricht den ‚Eigenzeiten‘ der Pflege, die dadurch bestimmt sind, dass es sich zwischen Pflegenden und Betreuten um eine soziale Beziehung handelt, deren Güte über den Pflegeerfolg mitbestimmt (ebd.: 187). Die veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen und insbesondere die engen Zeitvorgaben stellen das Prinzip einer humanen Pflege zunehmend in Frage (ebd.: 190).

4.3 Arbeitsqualität

4.3.1 Definition des Begriffs ‚Arbeitsqualität‘

Das hier präferierte Verständnis der Qualität des Arbeitsprozesses gründet auf dem Konzept der „nachhaltigen Arbeitsqualität“ (siehe Becke et al. 2010), das an die politische und arbeitswissenschaftliche Debatte um ‚gute Arbeit‘ und ‚decent work‘ (siehe Senghaas-Knobloch 2010a) anknüpft. Dieses Konzept geht von einem spezifischen Verständnis von Arbeitsqualität aus: Im Mittelpunkt steht die Frage, wie Erwerbstätige aus ihrer eigenen Perspektive ihre Arbeitssituation erleben und bewerten, was für sie eine ‚gute Arbeitsqualität‘ ausmacht.

Die Arbeitsqualität umfasst zwei Dimensionen, die im Alltag stark ineinander spielen, aber analytisch auseinander gehalten werden können: die Ergebnis- und die Prozessqualität. Die Ergebnisqualität bezieht sich auf die Qualität eines hergestellten Produkts oder einer erbrachten Dienstleistung. Prozessqualität bezeichnet dagegen die Qualität der Arbeitsprozesse, die nötig sind, ein Produkt zu erstellen oder eine Dienstleistung zu erbringen. Zwischen beiden Dimensionen besteht eine Wechselbeziehung (Becke 2009: 12-13): Erstens benötigt eine hohe Ergebnisqualität eine gute Prozessqualität, weil diejenigen, die Dienste leisten, diese nur dann gut erbringen können, wenn hierbei die Arbeitsbedingungen gut sind. Zweitens wirkt auch die Ergebnisqualität auf die Prozessqualität dadurch ein, dass sie zum einen eine hohe Arbeitszufriedenheit erzeugen kann, wenn man sich mit dem erstellten Produkt oder der erbrachten Leistung identifizieren kann. Zum anderen ist eine hohe Ergebnisqualität auch eine Voraussetzung für den wirtschaftlichen Erfolg eines Unternehmens, also für die Sicherung des Arbeitsplatzes und guter Arbeitsbedingungen (z.B. einer ausreichenden Einkommenshöhe, qualitativ guter Arbeitsmittel usw.).

Wir werden uns im Folgenden allerdings auf die Qualität des Arbeitsprozesses konzentrieren, da die Ergebnisqualität der Arbeit mit der Unterstützungsqualität identisch ist, die oben bereits angerissen und im anderen Teil des Trendreports ausführlich beschrieben ist (siehe Krause et al. 2012). Anstelle des Begriffs der Ergebnisqualität wird daher im Folgenden primär von Unterstützungsqualität die Rede sein. Allerdings spielen die Wechselbeziehungen zwischen Ergebnis- und Prozessqualität der Arbeit eine so wichtige Rolle, dass die Zusammenhänge immer wieder berücksichtigt werden müssen.

Die Qualität der Arbeitsprozesse wird erstens geprägt durch die Qualität der Handlungskoordination bei personenbezogenen sozialen Dienstleistungen (siehe auch Becke et al. 2010: 63). Sie bezieht sich beispielsweise auf die Koordination von Unterstützungstätigkeiten in zeitlicher, organisatorischer und personenbezogener Hinsicht. Die ohnehin hohen Anforderungen an die Handlungskoordination bei sozialen Unterstützungsdienstleistungen erhöhen sich, wenn zusätzliche Akteure außerhalb der engen Grenzen des Arbeitssystems Pflege hinzukommen, wie dies z.B. beim Einsatz von Ehrenamtlichen in der Pflege oder bei der Vernetzung unterschiedlicher personenbezogener Dienstleister im Rahmen von Quartierskonzepten der Fall ist. Die Handlungskoordination schließt eine situationsangemessene Klärung von Problemen unterstützungsbezogener Interaktionsarbeit an unterschiedlichen Schnittstellen ein, z.B. an den Schnittstellen zwischen Pflegekräften und Pflegedienstleitung, zwischen haupt- und ehrenamtlich Pflegenden oder an Schnittstellen zwischen unterschiedlichen personenbezogenen Dienstleistern, deren Arbeit im Rahmen von Konzepten der Ambulantisierung von Unterstützungsdienstleistungen (auf Quartiersebene) zu koordinieren ist. Zu beachten ist dabei, welche Akteure mit Aufgaben der Handlungskoordination (in welchem Maße) betraut sind und inwiefern sie in der Lage sind, diese Koordinationstätigkeiten (neben anderen Arbeitsaufgaben) zu bewältigen.

Die Prozessqualität wird zweitens beeinflusst von der Qualität der betrieblichen Kommunikation und Kooperation. Wie Studien aus dem Bereich der Pflege belegen, kann beispielsweise eine wertschätzende Kommunikation von Führungskräften gegenüber Pflegekräften als soziale Ressource wirken, die den Gesundheitserhalt von Pflegekräften fördert (siehe z.B. Bornheim 2008). Schließlich wird die Qualität der Arbeitsprozesse geprägt durch die Qualität der Arbeitsbedingungen, die es zum einen ermöglichen, gesundheitsschädigende (psychische) Belastungen zu reduzieren, und zum anderen die gesundheitsbezogene Ressourcenverfügbarkeit auf individueller, teambezogener oder organisatorischer Ebene zu erhöhen. Die Qualität der Arbeitsbedingungen bezieht sich z.B. auf die Arbeitsplatzausstattung, arbeitsbezogene Autono-

miespielräume sowie Optionen, Anforderungen aus der Erwerbs- und der Privatsphäre in Einklang bringen zu können.

Die Qualität des Arbeitsprozesses in der Unterstützung und die darauf wirkenden Einflussfaktoren sind erst dann konkret erfassbar, wenn ihre wesentlichen Charakteristika bekannt sind, die diese Arbeit von vielen anderen Arbeitstätigkeiten unterscheidet. Das zentrale, insbesondere für Pflegearbeit charakteristische Merkmal besteht darin, dass es sich um *asymmetrisch strukturierte Interaktionsarbeit* handelt. Im Folgenden werden wir uns daher vor allem auf Untersuchungen zur Arbeitsqualität in der Pflege konzentrieren, weil Analysen zur Arbeitsqualität weiterer Qualifikations- bzw. Tätigengruppen auf dem Feld ambulanter sozialer Unterstützungsdienstleistungen im Alter nicht vorliegen. Allerdings gehen wir davon aus, dass viele Charakteristika, die für die Pflege gelten, in unterschiedlichen Variationen auch für weitere Tätigengruppen in der sozialen Unterstützung gelten dürften. Wir werden zunächst zentrale Facetten von Pflegearbeit als Interaktionsarbeit entfaltet. Anschließend wenden wir uns dann der Qualität des Arbeitsprozesses zu, die sich in der jüngeren Vergangenheit vor allem unter dem Einfluss einer zunehmenden Ökonomisierung der Branche erheblich verändert hat.

4.3.2 Interaktionsarbeit als Hauptmerkmal personenbezogener Unterstützungstätigkeiten

Personenbezogene Dienstleistungen unterscheiden sich von sachbezogenen Dienstleistungen. Denn personenbezogene Dienstleistungstätigkeiten

„haben anstelle einer Bearbeitung gegenständlicher Objekte die Beschäftigung mit Menschen und Symbolen zum Inhalt. Ihre Ergebnisse sind immaterieller Natur, sie sind vergänglich, nicht dauerhaft, in hohem Maße zeit- und ortsgebunden, nicht lagerfähig und nicht transportierbar“ (Büssing/Glaser 2003b: 21).

Wesentliche Merkmale personenbezogener Dienstleistungen, die hier bereits anklingen, sind folgende (vgl. Böhle/Glaser 2006, Büssing/Glaser 2003b):

- Die Arbeit ist auf den Menschen gerichtet.
- Die Arbeit wird an oder gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten verrichtet.
- Die individuellen Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten müssen situativ angemessen berücksichtigt werden.
- Klientinnen und Klienten konsumieren die Leistung nicht nur, sie sind auch in unterschiedlichem Grade Ko-Akteure der Leistungserstellung.

- Es kommt dabei zu einer Interaktion zwischen denjenigen, die die Leistung erbringen, und jenen, die die Leistung empfangen.
- Die Arbeit ist gekennzeichnet durch eine geringe Planbarkeit der Arbeitsabläufe.
- Produktion und Konsum der Leistung fallen zusammen (uno-actu-Prinzip) (Herder-Dorneich & Kötz, 1972).

Diese Merkmale einer personenbezogenen Dienstleistung haben soziale und ökonomische Konsequenzen, die den Aspekt der *Interaktion* in den Mittelpunkt rücken:

„Menschliche Arbeit ist nicht mehr nur ein Kostenfaktor bei der Leistungserbringung, sondern vielmehr immanenter Bestandteil des Produkts selbst. Die Interaktion zwischen Dienstleistern und Klienten bestimmt folglich die Qualität des Prozesses wie auch der Ergebnisse oder ‚Produkte‘ der Dienstleistung. Daher lässt sich die Interaktionsarbeit auch als die Kernaufgabe in der personenbezogenen Dienstleistung identifizieren, auf die alle Bemühungen zur Verbesserung von Qualität primär ausgerichtet sein sollten“ (Büssing/Glaser 2003b: 21).

Eine personenbezogene Dienstleistung, die unmittelbar am Menschen erbracht wird, ist eine interaktive Dienstleistung (Merchel 2003, S. 6ff.). Sie ist „als wechselseitig aneinander orientiertes und aufeinander bezogenes (Arbeits-)Handeln“ zu begreifen (Krenn 2003: 5). Interaktion kommt zwar in allen kundenorientierten Dienstleistungen und Produktentwicklungen vor (z.B. in Internetagenturen). Im Pflege-/ Unterstützungssektor, in dem Menschen oft existenziell auf die personenbezogenen Dienstleistungen angewiesen sind, ist die Interaktionsarbeit aber durch spezifische konstitutive Merkmale gekennzeichnet. Sie ist

- a. subjektivierendes, erfahrungsgeleitetes Arbeitshandeln,
- b. Gefühlsarbeit und
- c. Emotionsarbeit (Böhle/Glaser 2006: 14).

ad a) Subjektivierendes, erfahrungsgeleitetes Arbeitshandeln

Böhle und Weishaupt (Böhle et al. 1997, Böhle/Weishaupt 2003, Weishaupt 2006) beschreiben das *subjektivierende* Arbeitshandeln nicht als Ersatz, sondern als Ergänzung des *zweckrationalen* Arbeitshandelns. Im Rahmen der Pflege erhält subjektivierendes Arbeitshandeln ein besonderes Gewicht (Weishaupt 2006: 86).

Während das zweckrationale Arbeitshandeln ex ante Ziele, Arbeitsschritte und benötigte Ressourcen zur Erreichung eines Zieles umreißt, füllt das subjektivierende Ar-

beitshandeln den Raum aus, der sich allein durch vorherige Planung und geplantes Vorgehen nicht erschließen lässt. Das subjektivierende Arbeitshandeln bezieht sich also vor allem auf den Umgang mit nur begrenzt planbaren und kontrollierbaren Anforderungen. Es richtet sich darauf, vor Arbeitsbeginn nicht exakt definierbare und objektivierbare Informationen während der Arbeit wahrzunehmen, zu interpretieren und damit für den Arbeitsprozess nutzbar zu machen. Im Vordergrund stehen dabei ein auf Erfahrungswissen beruhendes bildhaft-assoziatives Denken, ein dialogisch-interaktives Vorgehen und eine Nähe zum „Gegenstand“, die ein subjektives Nachvollziehen (Empathie) ermöglicht (Büssing/Glaser 2003a: 137; vgl. auch Böhle et al. 1997, Böhle/Weishaupt 2003, Weishaupt 2006). Subjektivierendes Arbeitshandeln ist nicht planlos und verliert dabei auch nicht die Arbeitsziele aus den Augen, es ergänzt die Arbeitsstrategie bzw. Arbeitsweise zweckrationalen Handelns (Weishaupt 2006: 86).

Subjektivierendes Arbeitshandeln ist insbesondere da unverzichtbar, wo die Arbeitsanforderungen nicht vollständig berechenbar und beherrschbar sowie nicht standardisierbar sind (Weishaupt 2006: 85). Dies gilt gerade auch für die Pflege:

„Unbestimmbarkeiten und Unwägbarkeiten gehören zu den grundlegenden Merkmalen der Pflegearbeit. Sie sind keine Abweichungen von der Normalität, sondern vielmehr integrale Bestandteile und resultieren aus dem Subjektcharakter des ‚Arbeitsgegenstandes‘“ (ebd.).

Es sind die ‚Unplanbarkeiten‘ des ‚Arbeitsgegenstandes‘ Mensch (ebd.: 88), die ein situatives Vorgehen in der Pflege nicht nur in Ausnahmefällen notwendig machen (z.B. wenn Menschen im Sterben liegen). Es ist auch mehr gemeint als die Notwendigkeit, auf die Gepflegten eingehen zu müssen (ebd.: 89). Ein situatives Vorgehen in der Pflege ist vielmehr in allen alltäglichen Handlungen wie Körperpflege, Essen reichen usw. notwendig, da Veränderungen im körperlichen oder psychischen Zustand der Gepflegten jederzeit möglich sind und sichtbar werden (ebd.: 90). Die geringe Planbarkeit der Pflege zeigt sich auch im Ablauf eines Arbeitstages, der meist nur grob gegliedert und nicht detailliert festgelegt ist:

„Für das, was dann in der Pflege tatsächlich getan wird, spielt nicht der Plan, sondern die *Interaktion und Kommunikation mit den Pflegebedürftigen* die zentrale Rolle“ (Böhle et al. 1997: 19, Hervorhebung im Original).

Für die dialogisch-interaktive bzw. explorative Vorgehensweise ist die sinnliche Wahrnehmung grundlegend (Weishaupt 2006: 91). In der Pflege steht deshalb das subjektive Empfinden im Vordergrund (Böhle et al. 1997: 20):

„Die sinnlichen Wahrnehmungen richten sich überwiegend auf Gegebenheiten, die nicht exakt und objektiv definiert werden können, und sie sind subjektiv geprägt. Es

werden Eigenschaften wahrgenommen, die nur umschrieben werden können, wie z.B. ein ‚bissiger Geruch‘ oder auch der ‚Zustand einer Wunde‘“ (ebd.).

In zweckrationalen Arbeitsmustern sind Formen des Wissens und Denkens entscheidend, die logisch-schlussfolgernd Operationen zulassen und formale Begriffe und Relationen nutzen (Böhle et al. 1997: 20). Auch die Pflege Tätigkeit bedarf eines Fachwissens. Aber als besonders wichtig wird das professionelle Erfahrungswissen eingeschätzt (ebd.). Das Erfahrungswissen kann als assoziatives Denken und „Empfindungswissen“ beschrieben werden (Böhle et al. 1997: 20), bei dem das Gefühl nicht ausgeschaltet ist, sondern als Gespür, d.h. als „eine Methode des Erkennens und Beurteilens“ fungiert (Weishaupt 2006: 93). Das Erfahrungswissen beinhaltet intime Kenntnisse über die betreuten Menschen, ihre Bedürfnisse und Stimmungen. Das erlernte Fachwissen ist zwar unverzichtbar. Die in hohem Maße ereignis- und situationsabhängige Pflegearbeit mit ihrem hohen Anteil nicht messbarer und objektivierbarer Informationen erfordert aber insbesondere auch das Erfahrungswissen (ebd.: 94), welches erst eine fall- und situationsspezifische Anwendung des Fachwissens ermöglicht (ebd.: 95; vgl. auch Böhle/Weishaupt 2003: 156).

In zweckrationalen Arbeitsmustern erhält eine möglichst sachliche und distanzierte Beziehung zu Arbeitsmitteln und Arbeitsgegenständen Priorität. Eine solche Distanz kann in der Pflege einerseits helfen, die Gefahren eines Burnouts als psycho-physische Erschöpfung (vgl. Büssing/Glaser 2003a; Burisch 2006)¹⁵ abzuwehren. Es hilft den Pflegenden auch, einen analytischen Blick auf den ‚Fall‘ zu bewahren. Andererseits müssen Pflegenden aber die Befindlichkeit der Gepflegten wahrnehmen können. Hierzu müssen sie eine empathische Beziehung zu den Gepflegten aufbauen (Böhle et al. 1997: 20-21). Eine solche Beziehung ist Grundlage für eine Vertrauensbildung, damit die Gepflegten die körperliche Pflege überhaupt zulassen können (Weishaupt 2006:

¹⁵ Burnout tritt in ‚helfenden‘ Berufen stark auf. Beim Burnout handelt es sich um ein Syndrom körperlicher, geistiger und emotionaler Erschöpfung. Burnout kann aus jeder chronischen Belastung entstehen. Sie ist das Resultat andauernder oder wiederholter emotionaler Belastung (Dunkel 1988: 77; vgl. auch Senghaas-Knobloch/Kumbruck 2008; Kumbruck 2009; Aichele/Schneider 2006).

96; vgl. auch Böhle/Weishaupt 2003: 157). Eine rein sachliche Kundenbeziehung würde die Arbeit zumindest sehr erschweren (Krenn 2003: 13). Durch Empathie wird der „Arbeitsgegenstand“ nicht als Objekt, sondern als Persönlichkeit angenommen und akzeptiert (Weishaupt 2006: 97; vgl. auch Böhle/Weishaupt 2003: 153). Diese ‚Beziehungsarbeit‘ ist auch für die Pflegenden und die von ihnen empfundene Arbeitsqualität sehr wichtig:

„Denn eine Beziehung der Nähe und Vertrautheit ist nicht nur funktional für die Pflegearbeit bzw. unabdingbar für eine qualitäts- und effizienzorientierte Pflege, die das Wohlbefinden des Bewohners zum Ziel hat, sondern sie stellt auch im Hinblick auf die hohen emotionalen Belastungen eine Quelle für die langfristige emotionale Stabilität der Pflegekräfte dar. Denn bei einer derart aufgebauten Beziehung kann die Pflegekraft die Sinnhaftigkeit und eine Bereicherung ihrer Arbeit erfahren, die sie ihre Arbeit befriedigender erleben lassen“ (Weishaupt 2006: 97).

Das erfahrungsbasierte Arbeiten in der Pflege, das einen stark subjektivierten Charakter besitzt, hat zudem auch ökonomische Vorteile gegenüber einem allein zweckrationalen Arbeitsmuster: Wenn man die Pflege nach dem zweckrationalen Muster verfolgt, wird sie *„erheblich zeitintensiver, emotional belastender und anstrengender“* (ebd.).

„In der direkten Pflege zweckrational zu handeln, *erhöht den Aufwand*, weil man ständig damit zu tun hat, den Eigenwillen der Pflegebedürftigen, der nun zum ‚Widerstand‘ wird, zu unterlaufen oder zu überwinden, und weil das zielgerichtete Verfolgen eines zweckrationalen Plans bedeutet, dass ständig Ereignisse und Bedürfnisse übergangen werden müssen, die später dafür umso mehr Arbeit machen“ (Böhle et al. 1997: 21, Hervorhebung im Original).

Menschliche Zuwendung im Rahmen des subjektiven Arbeitshandelns erhöht folglich die Qualität und Effizienz der Pflegearbeit (Weishaupt 2006: 98). Somit ist

„nicht das zweckrationale, sondern das erfahrungs- bzw. situationsgeleitete, ‚subjektivierende Arbeiten‘ [...] in der Pflege das effektivere, weniger aufwendigere und damit letztlich auch wirtschaftlichere Vorgehen“ (Böhle et al. 1997: 21, Hervorhebung im Original).

ad b) Gefühlsarbeit

Strauss et al. (1980) definieren Gefühlsarbeit (sentimental work) als eine Arbeit, „die speziell unter Berücksichtigung der Antworten der bearbeiteten Person oder Personen geleistet wird *und* die im Dienst des Hauptarbeitsverlaufs erfolgt“ (Strauss et al. 1980: 629, Hervorhebung im Original). Sie zeigen am Beispiel Krankenhaus auf, dass die Pflegearbeit spezielle Eigenarten besitzt:

- Patientinnen und Patienten können Angst haben (z.B. vor einer bevorstehenden Operation).
- Die Arbeit an und mit den Patientinnen und Patienten wird von Fremden vorgenommen, die nur die medizinischen Fragen interessieren. Das Subjekt wird zum Objekt.
- Mit der Dauer des Aufenthalts bekommen die Patientinnen und Patienten mehr Angst, sind einsam, verunsichert, vielleicht auch wütend (ebd.: 634-635).

Je länger der Aufenthalt im Krankenhaus dauert, desto dringender wird die Gefühlsarbeit für die Patientinnen und Patienten (ebd.: 635). Strauss et al. (1980: 637-639) unterscheiden folgende Formen und Typen von Gefühlsarbeit:

- Trostarbeit (Stärkung des Wohlbefindens der Patientinnen und Patienten und Beitrag zu einem positiven psychologischen Zustand).
- Identitätsarbeit (Appell an Handlungen der Patientinnen und Patienten, die mit seiner Identität in Zusammenhang stehen).
- Biografische Arbeit (aufzeigen von Normalzustand und Besserung auch im Vergleich zu anderen Patientinnen und Patienten).
- Berichtigungsarbeit (wird geleistet, wenn Patientinnen und Patienten andere Pflegekräfte für gefühllos oder inkompetent halten).

Dunkel (1988) spricht von Gefühlsarbeit, wenn es um „Arbeitsanteile personenbezogener Dienstleistungen [geht], die von der Arbeitskraft gemäß ihrer beruflich-fachlichen Aufgabenstellung geleistet werden müssen“ (Dunkel 1988: 67). Konstitutiv für Gefühlsarbeit, wenn sie im Rahmen personenbezogener Dienstleistungen als Interaktion geleistet wird, ist dabei, dass sie nur in Kooperation mit den Klientinnen und Klienten vollbracht werden kann (ebd.: 70). Gefühl umfasst drei Dimensionen:

- (1) Gefühl als Gegenstand: „Der ‚Gefühlsarbeiter‘ verfolgt im Umgang mit den KlientInnen einen Zweck [...] Die Beeinflussung der emotionalen Befindlichkeit der KlientInnen dient hierfür als *Mittel*“ (ebd.: 67). Will die Pflegekraft die „emotionale Befindlichkeit eines Klienten situations- und personenadäquat beeinflussen, muss sie in der Lage sein, die emotionale Befindlichkeit (und deren Veränderungen) des Klienten wahrzunehmen“ und die eigene Selbstdarstellung aufgabengerecht zu regulieren (ebd.: 68).

- (2) Gefühl als Mittel: Gefühlsarbeit bedeutet auch, dass eigene Gefühle eingesetzt werden. Der Gefühlsarbeiter muss sich aktiv bemühen, „den andersartigen Gefühlscode des Klienten zu knacken“ (ebd.: 71). Hier gewinnen folglich
- „empathische Fähigkeiten, Gestaltwahrnehmung, improvisierendes Vorgehen, Erfahrungswissen, kurz nichtformalisierbare und damit nicht-technisierbare lebendige Arbeit an Bedeutung, ja sie machen die eigentümliche Qualität von Gefühlsarbeit im Grunde erst aus“ (ebd.: 67).
- (3) Gefühl als Bedingung: Arbeit an den eigenen Gefühlen: Diese Form der Gefühlsarbeit wird häufig als Emotionsarbeit (emotion work) bezeichnet und soll im nächsten Abschnitt beschrieben werden. Diesen Aspekt der Gefühlsarbeit benennen auch Strauss et al. (1980). Sie bezeichnen ihn als Fassungsarbeit¹⁶.

Strauss et al. (1980) heben hervor, dass Gefühlsarbeit zu dem Zeitpunkt stattfindet, zu dem gleichzeitig auch ärztliche, medizinische oder pflegerische Tätigkeiten vollzogen werden.

„...ein Großteil der Nicht-Gefühlsarbeit (der medizinischen Arbeit) [könnte] nicht so leicht, so effizient oder überhaupt nicht ausgeführt werden [...], wenn die erforderliche Gefühlsarbeit nicht geleistet würde“ (ebd.: 648).

Auch neuere Untersuchungen (z.B. Weigl/Glaser 2006) kommen zu dem Ergebnis, dass die Mischform von sozio-emotionaler und verrichtungsbezogener Interaktion die bestimmende Form der Pflegearbeit ist:

„Gerade diese Form ist vor dem Hintergrund der Überlegungen zur Interaktionsarbeit von besonderer Bedeutung, da es sich bei ihr in aller Regel um die tatsächliche Umsetzung dessen handelt, was als Gefühlsarbeit beschrieben wird“ (Weigl/Glaser 2006: 141).

¹⁶ Fassungsarbeit ist eine Arbeit, die die Pflegekräfte an sich selbst leisten müssen. Strauss et al. (1980) nennen das Beispiel, dass Pflegekräfte Schmerzen zufügen müssen, weil dies medizinisch erforderlich ist, ihnen selbst aber diese Schmerzen als unerträglich erscheinen (Strauss et al. 1980: 639).

ad c) Emotionsarbeit

Emotionsarbeit wird oft als Teil der Gefühlsarbeit verstanden (vgl. Dunkel 1988; Strauss et al. 1980). Gefühle richten sich nach innen, Emotionen sind nach außen sichtbar gemachte Gefühle (z.B. Weinen, Lachen). Emotionsarbeit ist die emotionale Selbstkontrolle, die notwendig wird, um soziale Beziehungen nicht mit Gefühlsäußerungen dysfunktional zu überlasten. Hochschild (1990: 309) unterscheidet dabei zwischen zwei in der Regel bewusst gesteuerten Formen der emotionalen Selbstkontrolle: das Unterdrücken sowie das Hervorrufen von Gefühlen. Emotionsarbeit wird z.B. bei der körperlichen Nähe zwischen Pflegekräften und Gepflegten notwendig, um in bestimmten Arbeitssituationen trotz eigener Scham- oder Ekelgefühle eine professionelle äußere Haltung zu wahren.

Darüber hinaus gibt es Gefühlsregeln, an denen sich die Emotionsarbeit orientiert. Wie andere gesellschaftliche Konventionen geben sie an, welche Gefühle und deren Äußerungen in welchen Situationen angemessen sind. Spürbar werden diese Gefühlsregeln zumeist erst dann, wenn gegen sie verstoßen wird (Dunkel 1988: 72). Es kann aber auch zu emotionaler Dissonanz (Hochschild 1979, 1983) kommen. Emotionale Dissonanz bezeichnet einen Zustand, der eintritt, wenn die eigenen Emotionen nicht mit den Regeln des Berufs oder der Organisation übereinstimmen (Büssing/Glaser 2003a: 134). Das betrifft auch die Pflegearbeit: „Je weniger die eigenen Gefühle mit den Gefühlsregeln der Station übereinstimmen, desto mehr ‚emotion work‘ wird notwendig“ (Dunkel 1988: 76).

Zwischenresümee

Auch wenn Hacker (2006: 17) anmerkt, dass die zuspitzende Gegenüberstellung von Arbeitstätigkeiten in der Produkterzeugung (monologische Tätigkeiten) mit Tätigkeiten in den interaktiven Dienstleistungen übertrieben ist, kann hier zusammenfassend festgehalten werden, dass subjektivierendes Arbeitshandeln, Gefühls- und Emotionsarbeit Kernbestandteile von Pflege als interaktive personenbezogene Dienstleistung darstellen. Selbstverständlich handelt es sich bei der Pflegearbeit um einen Beruf und nicht um einen aufopfernden Liebesdienst (vgl. z.B. Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2006). Fachwissen und Professionalisierung besitzen eine elementare Bedeutung. Es wird aber deutlich, wie viele ‚unsichtbare‘ Tätigkeitsbestandteile Pflege hat (Waerness 2000: 58). Sie stehen nicht in Widerspruch zu den im engeren Sinne fachlichen Tätigkeiten, sondern ergänzen und komplettieren sie.

Allerdings tauchen diese unsichtbaren Anteile der Arbeit nicht in den Kostenberechnungen der Sozialversicherungsträger auf. Bei verstärkter Rationalisierung zur Kostenreduktion sind sie besonders gefährdet, weil allein die im engeren Sinne fachliche Arbeit in den zugrunde gelegten Zeitkontingenten auftaucht (Kumbruck 2010: 191). Das kann sich sehr negativ auf die Arbeitsqualität der Pflegekräfte sowie die Ergebnisqualität der Pflege auswirken.

5 Die Qualität des Arbeitsprozesses – Aktuelle Tendenzen im Feld sozialer Unterstützungsdienstleistungen

Anforderungen, Ressourcen und Belastungen sind nicht von den spezifischen Besonderheiten sozialer Unterstützungsdienstleistungen als Interaktionsarbeit sowie den spezifischen sozio-ökonomischen und rechtlichen Rahmenbedingungen dieser Tätigkeiten zu trennen.

Für die Qualität des Arbeitsprozesses sozialer Unterstützungsdienstleistungen ist die Konstellation von gesundheitsgefährdenden Arbeitsbelastungen und verfügbaren gesundheitsförderlichen Ressourcen auf individueller, teambezogener und organisatorischer Ebene besonders bedeutsam. Das Verhältnis von arbeitsbezogenen Belastungsfaktoren und Ressourcen beeinflusst maßgeblich die Möglichkeiten individuellen und teambezogenen Bewältigungshandelns der Beschäftigten im Umgang mit Arbeitsanforderungen und Belastungen (Glaser/Höge 2007).

Für die Qualität eines Arbeitsprozesses sind ganz allgemein – unabhängig von der Art der Tätigkeit – gute Rahmenbedingungen wichtig, die als die Gesundheit und die Arbeitszufriedenheit fördernde Ressourcen wirken können (Michaelis 2005). Hierzu gehören z.B.

- stabile Beschäftigungsverhältnisse mit angemessener Entlohnung,
- wenig ausgeprägte hierarchische Strukturen: innerhalb des Pflorgeteams, zwischen Angehörigen der Pflegeberufe, zwischen Angehörigen des Pflegeberufs und solchen anderer Berufe, vor allem Ärztinnen und Ärzte,
- ausreichende personelle, zeitliche und materielle Ressourcen für die zu bewältigenden Aufgaben,
- eine den Arbeitsaufgaben angemessene Personalentwicklung (v.a. hinsichtlich der qualifikatorischen Anforderungen),
- arbeitsbezogene Autonomie- und Gestaltungsspielräume sowie Mitwirkungsrechte für die Mitarbeitenden,
- soziale Unterstützung in der Arbeit durch Kolleginnen und Kollegen sowie durch Führungskräfte,
- eine hohe Übereinstimmung zwischen den subjektiven Qualitätsauffassungen der Beschäftigten und den organisatorischen Zielsetzungen der Leitungsebene (Bornheim 2008: 179-180) sowie

- eine Achtsamkeit der Organisation bezüglich der Belastungssituationen und -konstellationen der Beschäftigten (vgl. Bornheim 2008; Becke et al. 2008).

Diese Ressourcen sind in sozialen Unterstützungsdienstleistungen und insbesondere in der Pflegearbeit oft nur in begrenzter Form vorhanden. Im Folgenden sollen daher zentrale pflegebezogene Belastungsfaktoren skizziert werden, die einer nachhaltigen Arbeitsqualität tendenziell entgegenwirken. Wesentliche Belastungsfaktoren resultieren aus der Reduzierung des Personalbestands infolge der seit mehreren Jahren anhaltenden Ökonomisierungstendenz im Pflege- und Gesundheitssektor und der arbeitsorganisatorischen Rahmenbedingungen (vgl. Krenn 2003; Glaser/Höge 2005).

Als gravierender psychischer Belastungsfaktor erweist sich hierbei der stark gestiegene Zeitdruck (Krenn 2003: 88), der durch abgesenkte Personalschlüssel verursacht wird. Arbeitsbezogener Zeitdruck in der Pflege ist nicht nur eine Folge personeller Unterbesetzung, sondern wird darüber hinaus durch die Integration zusätzlicher neuer Aufgaben in die Pflege verschärft. Hierzu gehört insbesondere die immer aufwändiger gewordene Dokumentation der Pflegeleistungen, mit deren Hilfe die Pflegeergebnisse verbessert und kontrollierbar gemacht werden sollen. Der Dokumentationsaufwand wird in der Pflege oft beklagt; Dokumentationen werden aufgrund der zeitlichen Enge oft auch mangelhaft geführt (Roth 2007: 79). Wird die Dokumentation von den Pflegekräften bezüglich der Gepflegten zumeist als sinnvoll akzeptiert, lehnen sie den vergrößerten Aufwand gegenüber den Pflegekassen ab (Sing/Landauer 2006: 116).

Untersuchungen auf einer Modellstation¹⁷ zeigen, dass Pflege ohne Zeitdruck kaum noch möglich ist. Allenfalls eine vollständige Besetzung ohne Krankheitsfälle lässt annäherungsweise Zeit, mit Einschränkungen auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner einzugehen (ebd.: 114). Sobald Personal ausfällt, ist das nicht mehr

¹⁷ Es handelt sich um eine Modellstation in einer Einrichtung in München, die Teil des Forschungsprojektes Intakt zur „Interaktionsarbeit in der Pflege“ war. Auf der Modellstation, die aufgrund hoher Fluktuation meist schlechter ausgestattet war als eine Kontrollstation und ein kaum eingespieltes Team hatte, sollten Grundsätze der ganzheitlichen Pflege implementiert werden (vgl. Weigl/Glaser 2006; Sing/Landauer 2006).

möglich. Die Untersuchung zeigt weiterhin, dass Pflegekräfte ca. die Hälfte ihrer Arbeitszeit mit der Arbeit an und mit Bewohnerinnen und Bewohnern verbringen. Die andere Hälfte ist mit Pflegeplanung, -dokumentation und -vorbereitung ausgefüllt (Weigl/Glaser 2006: 142).

Der permanente Zeitdruck hat zur Folge, dass ein Eingehen auf die individuelle Situation der Patientinnen und Patienten erschwert wird (Krenn 2003: 89). Dies führt zu einem Konflikt mit dem professionellen Ethos der Mitarbeitenden hinsichtlich der Arbeits- und Pflegequalität (Bornheim 2008: 180). Pflegende stehen so dauerhaft in dem Widerspruch, einerseits den Gepflegten die notwendige Zuwendung zu geben und andererseits Restriktionen durch zu enge Zeitvorgaben zu unterliegen (Kumbruck 2010: 190). In solche Konfliktsituationen können Pflegende kommen, wenn sie das Gefühl haben, die zur Verfügung stehenden Ressourcen an Zuwendung und Aufmerksamkeit nicht gerecht verteilen zu können und so nicht gemäß dem Prinzip der Fürsorge handeln zu können (Lauxen 2009). Oft müssen die Pflegekräfte auf eigene Kosten (Zeit, Anstrengung, eigene Gesundheit) Zeit für diese seelische Unterstützung aufbringen (Kumbruck 2010: 197). Dies betrifft sowohl die Bedürfnisse des Alltags als auch die Bewältigung von Krisensituationen, z.B. im Sterbeprozess:

„Paradox mutet die Situation an, dass die in der Ausbildung vermittelten Zielvorstellungen von einem humanen Sterben und einer Sterbebegleitung durch die Pflegekräfte bei den gegebenen organisationalen Rahmenbedingungen und deren Folgen (z.B. Zeitknappheit) kaum umsetzbar sind. Das bedeutet letztlich, dass in Einrichtungen, in denen Tod und Sterben fast auf der Tagesordnung stehen, diese von den Strukturen eigentlich nicht vorgesehen sind“ (Glaser/Höge 2005: 14).

Psychisch belastende ethische Konfliktsituationen ergeben sich auch dann, wenn Pflegekräfte ihrer Verpflichtung nach guter Pflege nachkommen wollen, diese aber im Widerspruch zu anderen Verpflichtungen steht. Dies betrifft z.B. Verpflichtungen gegenüber dem Arzt/der Ärztin oder der eigenen Einrichtung. So sind Pflegekräfte (vor allem in Krankenhäusern) dazu verpflichtet, ärztliche Anweisungen auszuführen, auch wenn sie nicht dem neuesten pflegewissenschaftlichen Wissensstand entsprechen (Lauxen 2009). Auch sind sie ihrem Unternehmen gegenüber zu wirtschaftlichem Arbeiten verpflichtet, was für viele Pflegekräfte eine Belastung darstellt (ebd.: 426). Insbesondere wenn die Pflegekraft alleine eine Entscheidung zum Wohl der Patientinnen und Patienten treffen muss (dies kommt insbesondere in der ambulanten Pflege verstärkt vor), können Konfliktsituationen auftreten, weil sie nicht wissen, was jetzt die beste Form guter Pflege ist. Dies betrifft insbesondere Notsituationen (ebd.). Das Erreichen einer guten Ergebnisqualität ist also höchst voraussetzungsreich und hängt oftmals von den Rahmenbedingungen (z.B. Zeitdruck, kosteneffizientes Arbeiten), den

Gepflegten selbst oder deren Angehörigen sowie der Zusammenarbeit mit anderen Professionen ab.

Angesichts der problematischen strukturellen Rahmenbedingungen kommt der Kultur einer Einrichtung bzw. dem Führungsstil in den Pflege- und Unterstützungsdiensten eine sehr hohe Bedeutung zu. Gerade in der Pflege, in der ein hoher Einsatz von den Mitarbeitenden gefordert wird, spielen Lob und Anerkennung eine wichtige Rolle. Mitarbeitende, die sich fair behandelt fühlen, sind gesünder, leisten mehr und identifizieren sich stärker mit dem Unternehmen. Mitarbeitende fühlen sich dann fair behandelt, wenn das Verhältnis von „Geben“ und „Bekommen“ stimmt (BAuA 2010: 21; Iseringhausen 2010: 125).

Demgegenüber gibt es aber viele Anzeichen dafür, dass Pflege Tätigkeiten wenig anerkannt werden – nicht nur gesellschaftlich, sondern auch von den eigenen Führungskräften in den Pflegeeinrichtungen. In der arbeitswissenschaftlichen Belastungsforschung gilt der Mangel an Anerkennung als stärkster Einfluss auf die Höhe der Arbeitsunfähigkeitstage: „Demzufolge hoch sind die gesundheitlichen Kosten der Pflegekräfte. Man könnte auch sagen, sie werden verschlissen, indem man ihre Bedeutung ignoriert“ (Kumbruck 2010: 203). Mit diesem Verschleiß wird ein soziales Kapital verbraucht, dass nicht an anderer Stelle wieder aufgebaut wird (ebd.).

Die mangelnde Anerkennung von Pflegekräften und ihren Tätigkeiten ist aber nicht nur in den Einrichtungen ein Problem; sie ist ein gesellschaftliches Problem, welches auf die Situation in der Pflege zurückwirkt. Die unzureichende soziale Anerkennung von Pflegekräften spiegelt sich in physisch und psychisch stark belastenden Arbeitsbedingungen, hohen arbeitszeitlichen Flexibilitätsanforderungen, oftmals geringen Entscheidungskompetenzen, geringen beruflichen Aufstiegschancen und einer geringen Bezahlung trotz anspruchsvoller beruflicher Tätigkeit wider (Roth 2007: 87).

Die Anerkennungsproblematik äußert sich damit vor allem in drei Dimensionen: erstens in der Absprache von Professionalität, zweitens in der unzureichenden Anerkennung der oben beschriebenen unsichtbaren Tätigkeitselemente und drittens in einer generellen Abwertung des Pflegeberufs als ‚Einfachtätigkeit‘ und Frauenarbeit, die sich

auch in der vergleichsweise geringen Bezahlung¹⁸ professioneller Pflegearbeit widerspiegelt.

Die Pflege befindet sich in einem Prozess der Professionalisierung und Anerkennung als eigenständige Profession¹⁹. Die Autonomie des Pflegeberufs ist jedoch problematisch, denn: „Pflegerisches Handeln ist nach wie vor eng an ärztliche Anordnungen gebunden“ (Winter 2005: 292). Pflegearbeit wird zum Teil noch immer als nicht-wissenschaftlich definierte Zuarbeit zu medizinischen Kerntätigkeiten definiert (Gottschall 2008). Daraus resultieren auch hierarchische Verhältnisse, die der Medizin insbesondere im Krankenhausbereich die Anerkennung für das Ergebnis des gesamten Pflege-Tätigkeitsprozesses bzw. Heilungsprozesses vorbehält. „Damit sind sowohl die Tätigkeiten als auch die Personen, die die Pflege ausüben, unsichtbar“ (Kumbruck 2010: 191). Diese Unsichtbarkeit bezieht sich insbesondere auf die oben geschilderten Merkmale von Interaktionsarbeit: Gefühlsarbeit, Emotionsarbeit und subjektivierendes Arbeitshandeln, das kaum anerkannt wird:

„Die Arbeit mit [den eigenen] Gefühlen nimmt einen großen Raum in der Pflege Tätigkeit an, aber sie wird nicht als Arbeit angesehen. Sie stellt eine große Herausforderung an die Professionalität der Pflegekräfte dar und birgt auch ein wesentliches Belastungspotential. Gleichwohl wird diese Arbeit zwar von den Patienten gesehen, aber nicht von den Einrichtungen und der Gesellschaft, und demzufolge auch nicht angemessen wertgeschätzt“ (ebd.: 201).

Unsichtbar sind diese Tätigkeitselemente überdies dadurch, dass sie, obwohl sie hohe qualifikatorische und emotionale Herausforderungen beinhalten, keinen Niederschlag in Stellenbeschreibungen finden und von den Einrichtungen nicht wahrgenommen werden (ebd.: 188). Die Nicht-Anerkennung dieser unsichtbaren Tätigkeitselemente der Pflegearbeit, kann von Pflegekräften als unzureichende Wertschätzung ihrer Arbeit erlebt werden, da gerade diese Tätigkeiten einen Kernbestandteil ihrer professionellen

¹⁸ Seit April 2009 gibt es einen Mindestlohn in der Altenpflege und der häuslichen Krankenpflege (Senghaas-Knobloch 2010c: 102). Für die Grundpflege gilt seit Juli 2010 ein Mindestlohn von 8,50 € pro Stunde in West- und 7,50 €/Std. in Ostdeutschland (ebd.: 105).

¹⁹ Zum Professionsbegriff vgl. z.B. Freidson 2001; Evetts 2003.

Identität bzw. ihres beruflichen Ethos fürsorglicher Praxis (vgl. Senghaas-Knobloch 2005; 2008) ausmachen.

Zudem werden personenbezogene Dienstleistungen in der öffentlichen Wahrnehmung häufig gering geschätzt. Sie werden als ‚einfache‘ Arbeiten wahrgenommen, die mit einem geringen Maß an Qualifikation auskommen und von Jedermann übernommen werden können (Bienzeisler/Löffler 2006: 220). Das hat auch damit zu tun, dass der Pflegeberuf traditionell ein Frauenberuf ist – in der Pflege sind zu 92 % Frauen tätig (Kumbruck 2010: 189) –, der eng verknüpft ist mit einem traditionell häuslichen Kontext und dem Liebesdienst an anderen.

Diese dreifache Anerkennungsproblematik vermag nicht nur zu erklären, weshalb Pflegekräfte vergleichsweise häufig frühzeitig aus diesem Berufsfeld aussteigen und in der Branche ein eklatanter Fachkräftemangel besteht. Dieses gravierende Anerkennungsproblem bedeutet auch, dass Pflegekräfte tendenziell anfälliger für berufliche Gratifikationskrisen sind (siehe Siegrist 1996). Diese entstehen, wenn Erwerbstätige über längere Zeit das Verhältnis zwischen arbeitsbezogener Verausgabung und Engagement auf der einen Seite und dafür erhaltenen Gratifikationen, Anerkennung und Belohnung auf der anderen Seite als zu ihren Lasten unausgeglichen erleben. Berufliche Gratifikationskrisen begünstigen insbesondere die Entstehung psycho-somatischer Störungen und Erkrankungen sowie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Peter 2010).

Darüber hinaus gibt es Rahmenbedingungen, die die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte zusätzlich erschweren, z.B. unklare Aufgabenübertragung bzw. widersprüchliche Anweisungen, geringe Handlungs- und Entscheidungsspielräume (Michaelis 2005: 266) sowie Überbelegung und zu kleine Zimmer (Glaser/Höge 2005: 7). Erschwerend kommt hinzu, dass es in vielen Pflegeeinrichtungen ein Nebeneinander von alten und neuen Beschäftigungsformen und Tarifverträgen gibt, so dass Pflegekräfte dieselbe Arbeit unter unterschiedlichen finanziellen Bedingungen und unterschiedlichen sozialen Absicherungen leisten (Bornheim 2008: 172).

Belastungen aus der Interaktionsarbeit finden sich insbesondere im Bereich der Emotions- und Gefühlsarbeit, aber auch im Bereich des subjektivierenden Arbeitshandelns. Zum ersten können genannt werden: der Umgang mit schwierigen oder sterbenden Patientinnen und Patienten (Glaser/Höge 2005: 7), der Umgang mit Leid und Tod (Michaelis 2005: 266; Glaser/Höge 2005: 6) sowie der Balanceakt zwischen Empathie und Abgrenzung (Krenn 2003: 89). Aus dem subjektivierenden Arbeitshandeln können auch Belastungen entstehen, z.B. wenn schnelle Reaktionen auf unvorhergesehene Situationen eher Stress auslösen als eine Entlastung bedeuten (siehe Bornheim 2008: 171; Michaelis 2005: 266).

Auch ungünstige Arbeitszeiten, z.B. Nacht- und (Wechsel-)Schichtarbeit, Überstunden, seltene und unregelmäßige freie Wochenenden sowie Störungen und Unterbrechungen in den Arbeitspausen, stellen eine psycho-physische Belastungsquelle dar (Michaelis 2005; Glaser/Höge 2005: 7). Denn Pflege bedeutet, dass es eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung geben muss. Schicht-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsarbeit sind dadurch selbstverständlich und unumgänglich (Bornheim 2008: 171). Für die Pflegekräfte ist dies mit erhöhten sozialen Belastungen verbunden, da ihre Möglichkeiten, die berufliche und die außerberufliche Lebenssphäre miteinander in Einklang zu bringen, stark eingeschränkt werden.

Zwischenresümee

Es kann festgehalten werden, dass vielfältige Einflüsse dazu beitragen, dass Pflegearbeit oft nicht den Kriterien einer nachhaltigen Arbeitsqualität entspricht. Entscheidend ist hier insbesondere, dass der hohe arbeitsbezogene Zeitdruck Pflegekräften erschwert, eine möglichst hohe Pflegequalität zu erreichen und damit auch ihre pflegebezogenen professionellen Standards zu realisieren. Hierbei werden die Dimensionen der Pflege- und der Arbeitsqualität tendenziell beeinträchtigt. In den Arbeitsbedingungen von Pflegekräften finden sich aber weitere Merkmale, die insbesondere die Prozessqualität berühren. Die wichtigsten sind hier die (Führungs-)Kultur einer Einrichtung und mangelnde soziale Anerkennung.

Pflege muss hinsichtlich ihrer Arbeitsbedingungen umfassend umgestaltet werden; dies gilt insbesondere dann, wenn eine hohe Pflegequalität erreicht werden und es weiterhin Personen geben soll, die den Pflegeberuf auch längerfristig ausüben. In einem erweiterten Produktivitätsverständnis sind also verschiedene Merkmale einer guten Arbeitsqualität zu berücksichtigen.

Neue Herausforderungen für die Arbeitsqualität personenbezogener Unterstützungsdienstleistungen ergeben sich aus den zuvor aufgezeigten Entwicklungstrends ihrer teilweisen Technisierung, der Ambulantisierung sowie der Ausweitung von Quartierskonzepten, in denen Pflege ein – wenngleich zentraler, aber keineswegs alleiniger – Baustein in sozialen Unterstützungsdienstleistungen ist. In den Blick gerät gerade durch die beiden letztgenannten Trends die Kooperation zwischen Angehörigen unterschiedlicher Professionen im Bereich personenbezogener Unterstützungsdienstleistungen sowie eine tendenziell verstärkte Zusammenarbeit zwischen hauptamtlichen Dienstleistern und Ehrenamtlichen.

Wenngleich die meisten Forschungsergebnisse zur Arbeitsqualität sich – wie bereits oben angesprochen – auf die Pflege im engeren Sinne beziehen, kann doch davon ausgegangen werden, dass sie auch andere Unterstützungsdienstleistungen betreffen können. Inwieweit das der Fall ist, bleibt zu erforschen, indem der Blick über die Pflege hinaus auf die anderen Dienstleistungen, die sie ergänzen oder die ihr vorangehen, erweitert wird.

6 Arbeitswissenschaftlicher Ausblick: Folgerungen für das „Produktivitätsdreieck ambulante soziale Unterstützungsdienstleistungen im Alter“ (ASUDIA)

Angeichts der aufgezeigten zentralen Entwicklungstrends des Systems sozialer Unterstützungsdienstleistungen, d.h. des Einsatzes assistierender Technik, der Ambulantisierung sowie der Bedeutungszunahme hybrider Organisationsformen von Unterstützungsdienstleistungen auf Quartiersebene, stellt sich die Frage, inwiefern diese Trends mit Blick auf ein erweitertes Produktivitätsverständnis im Sinne des vorgestellten Konzepts „Produktivitätsdreieck ASUDIA“ bereits abgeschätzt und bewertet werden können.

Vor dem Hintergrund dieses Trendreports wird deutlich, dass zur Abschätzung der Wechselwirkungen zwischen diesen zentralen Entwicklungstrends und den drei zentralen Dimensionen des Produktivitätsdreiecks bisher kaum empirisch gesicherte Erkenntnisse vorliegen. Dieses weitreichende Erkenntnisdefizit hat unterschiedliche Gründe:

- Erstens besteht ein erheblicher erweiterter Bedarf, die Produktivität personenbezogener Dienstleistungen in konzeptioneller Hinsicht zu bestimmen und empirisch zu untersuchen, ohne dass eine Engführung auf Produktivitätsverständnisse aus dem industriellen Sektor erfolgt. Ansatzpunkte für ein auf personenbezogene Dienstleistungen bezogenes Produktivitätsverständnis könnten hierbei die bereits in den 1980er Jahren entwickelten Ansätze einer erweiterten Wirtschaftlichkeitsberechnung bieten (Büssing 1997; Fröhner et al. 2002), die auf ihr Potenzial für eine Neukonzeptualisierung von Produktivität in Bezug auf personenbezogene Dienstleistungen im Allgemeinen sowie Pflege- und Unterstützungsdienstleistungen im Besonderen zu überprüfen wären.
- Zweitens besteht ein Problem darin, dass diese drei Entwicklungstrends in konkreten empirischen Anwendungs- und Praxisfeldern keineswegs stets getrennt voneinander auftreten, sondern sich überlagern und wechselseitig beeinflussen. Dadurch erhöhen sich die Komplexität von Forschungsdesign und erweiterter Produktivitätsbewertung.
- Drittens erweitert sich mit den Trends zur Ambulantisierung und der Bedeutungszunahme hybrider Organisationsformen sozialer Unterstützungsdienstleistungen im Alter auch das Spektrum der an der Erbringung dieser Dienste beteiligten Akteure.

Für die Unterstützungsqualität wird daher die akteurs- und zunehmend auch organisationsübergreifende Handlungskoordination unterschiedlicher ehren- und hauptamtlicher ‚Ko-Produzenten‘ bedeutsamer, um eine Fragmentierung des personenbezogenen Dienstleistungsangebots zu Lasten der klientenbezogenen Unterstützungsqualität zu vermeiden oder einzudämmen. Für die Dimension der Arbeitsqualität bedeutet dies, dass sich damit nicht nur die Frage nach der Arbeitsqualität von Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen stellt, sondern auch die Arbeitsqualität von Personen in Betracht zu ziehen ist, die im System der sozialen Unterstützungsdienstleistungen im Alter andere als reine Pflegeleistungen für Klienten und Klientinnen erbringen. Darüber hinaus besteht erheblicher Forschungsbedarf hinsichtlich der Frage, wie sich die Aufgabenteilung und Kooperationsqualität der unterschiedlichen Akteure, die personenbezogene Dienste im System der Unterstützungsdienstleistungen erbringen, im konkreten Anwendungsfall auf die Arbeitsqualität dieser unterschiedlichen Akteure auswirkt. Beispielsweise kann die weitgehende Übernahme sozialer Unterstützungsaufgaben durch Ehrenamtliche von hauptamtlichen Kräften als Vereinseitigung ihrer beruflichen Tätigkeit und als partieller Sinnverlust in der Arbeit erlebt werden. Die Abschätzung und Bewertung der Produktivität von Unterstützungsdienstleistungen mit Blick auf das ‚Produktivitätsdreieck ASUDIA‘ gestaltet sich vor diesem Hintergrund als sehr komplexe und schwierige Anforderung, die weiterer kontextspezifischer Analysen bedarf.

6.1 Potenzielle Auswirkungen zentraler Entwicklungstrends mit Blick auf das ‚Produktivitätsdreieck ASUDIA‘

Im Folgenden sollen daher in Anbetracht der skizzierten Entwicklungstrends erste Hypothesen formuliert werden, die potenzielle Auswirkungen einzelner Entwicklungstrends auf die Dimensionen des ‚Produktivitätsdreiecks ASUDIA‘ betreffen.

6.1.1 Technische Assistenzsysteme

Im Hinblick auf die Dimensionen des Produktivitätsdreiecks ASUDIA kann der Einsatz von Technik den Verbleib von Pflegebedürftigen in der eigenen Wohnung sichern und so die hohen Kosten für einen Heimaufenthalt reduzieren. Da bisher davon ausgegangen wurde, dass ein Hinauszögern des Eintritts in ein Heim sich auch auf die Volkswirtschaft kostengünstig auswirkt, kann der Einsatz von technischen Hilfsmitteln in der Kostenfrage durchaus positiv bewertet werden. Was bezüglich der Kosten jedoch nicht vergessen werden darf, ist die mögliche Einsparung an Personal, die durch technische Assistenzsysteme teilweise erfolgen kann. Aufgrund der vorsehbaren

Knappheit an Pflegepersonal durch den demografischen Wandel, stellen die technischen Assistenzsysteme neben dem Kostenaspekt aber auch eine Möglichkeit dar, für längere Zeit eine breite Aufrechterhaltung von notwendigen Pflegedienstleistungen sicher zu stellen.

In Bezug auf die *Unterstützungsqualität* gibt es vielfältige Befürchtungen, insbesondere von hauptamtlichen Pflegekräften. Wenn Technik fremd ist, kann sie Ängste auslösen. Das alleine spricht noch nicht gegen den Einsatz von Technik aus der Perspektive der Unterstützungsqualität. Jedoch sind Befürchtungen der Entpersonalisierung auch nicht gänzlich von der Hand zu weisen. Will man die Betroffenen-Perspektive ernst nehmen, so ist zu bedenken, dass die Akzeptanz technischer Assistenzsysteme derzeit noch nicht breit genug ist. Dennoch bietet der Einsatz technischer Hilfsmittel auch Potenziale, z.B. Pflegende von bestimmten Tätigkeiten zu entlasten (z.B. Messungen von Blutdruck, EKG), um mehr Zeit für Zuwendung und Gespräche mit den Pflegebedürftigen zu haben.

Mit dem Einsatz von Technik kann sich die Lebensqualität sowohl erhöhen als auch verringern. Erhöht werden kann sie durch einen längeren Verbleib in der eigenen Wohnung und mehr Sicherheit, z.B. durch die Möglichkeit auf gesundheitliche Probleme von Gepflegten durch Interventionen von Fachkräften schneller reagieren zu können. In der pflegewissenschaftlichen Forschung wird dies betont: Demnach ist technischen Assistenzsystemen gemein, „dass sie der nachhaltigen Verbesserung von Lebensqualität, der gesellschaftlichen Teilhabe und der Aufrechterhaltung von Autonomie älterer Menschen dienen“ (Görres/Nachtmann 2009: 2). Reduziert wird die Lebensqualität von Gepflegten, wenn sich die menschlichen Kontakte durch den Einsatz von Technik weiter verringern. Eine abschließende Bewertung technischer Assistenzsysteme aus Sicht der Unterstützungsqualität bedarf weiterer empirischer Analysen ihres praktischen Einsatzes.

Für die ASUDIA-Dimension der *Arbeitsqualität* können aufgrund fehlender arbeitswissenschaftlicher Forschung nur Hypothesen formuliert werden. Mit Blick auf die arbeitsstrukturellen Rahmenbedingungen kann festgehalten werden, dass der Einsatz technischer Assistenzsysteme insbesondere Pflegekräften mehr zeitlichen Spielraum für den persönlichen Patientenkontakt eröffnen kann. Da dies eher dem beruflichen Selbstverständnis der Pflegekräfte entspricht, kann sich hierdurch die Arbeitsqualität erhöhen. Auch die Arbeitszufriedenheit würde sich durch eine verbesserte Ergebnisqualität der Arbeit erhöhen. Außerdem können technische Hilfsmittel körperliche Belastungen der Pflegenden reduzieren, etwa durch technische Unterstützung beim Heben und Umbetten. Dies würde die Gesundheit der Pflegekräfte schonen.

Ein Problem für die Arbeitsqualität ergibt sich insbesondere, wenn Pflegende vermehrt Aufgaben der Techniküberwachung wahrnehmen und somit ihre Berufsrolle und ihr Verständnis des Pflegeberufs an inhaltlicher Bedeutung verlieren. Allerdings kann auch festgestellt werden, dass Berufe mit Technik-Einsatz häufig eine höhere gesellschaftliche Anerkennung aufweisen als Berufe ohne Technik- bzw. Maschineneinsatz. Pflegekräfte mit einer höheren Technikaffinität können den kompetenten Umgang mit Assistenztechnik eher als Bereicherung ihrer Arbeit und Quelle der Arbeitszufriedenheit erfahren. Für die Arbeitsqualität muss festgehalten werden, dass derzeit keine fundierte arbeitswissenschaftliche Bewertung erfolgen kann. Es besteht ein erheblicher Forschungsbedarf, den Zusammenhang zwischen technischen Assistenzsystemen und der Arbeitsqualität von haupt- und ehrenamtlich Tätigen im Bereich ambulanter sozialer Unterstützungsdienstleistungen im Alter zu untersuchen.

6.1.2 Die Ambulantisierung

Die Ambulantisierung sozialer Unterstützungsdienstleistungen ist mit Blick auf die Produktivitäts- und Kostendimension des Produktivitätsdreiecks tendenziell positiv zu bewerten. Durch die Ambulantisierung können im gesamten Gesundheitssystem Kosten eingespart werden, die ansonsten für eine Heimunterbringung von Gepflegten anfallen würden. Je nach Qualität der Ambulantisierung kann der Heimaufenthalt von Gepflegten zeitlich hinausgeschoben werden, so dass ein Heimaufenthalt erst in der Lebensphase der Hochaltrigkeit wahrscheinlich wird. Die Ambulantisierung bedeutet somit auch vergleichsweise geringere Kosten für Gepflegte als im Falle der stationären Pflege. Allerdings ist im Falle der Ambulantisierung auch der Koordinationsaufwand bei professionellen Anbietern im Vergleich zu stationärer Altenpflege tendenziell höher. Mobile Unterstützungsdienstleistungen können z.B. vergleichsweise höhere Transaktionskosten erzeugen, was den Einsatz von Personal und Fahrzeugen (z.B. Wartung) anbelangt.

Vorteile bietet die Ambulantisierung auch mit Blick auf die Lebensqualität der Gepflegten, ermöglicht sie diesen doch, in ihrem gewohnten Lebensumfeld zu verbleiben und – soweit möglich – weiterhin bestehende soziale Kontakte und Beziehungsnetzwerke zu pflegen. Im Hinblick auf die Arbeitsqualität kann sich die Ambulantisierung aber auch als problematisch erweisen. Dies gilt beispielsweise hinsichtlich der engen Zeitvorgaben bei ambulanter Pflege (insbesondere der reinen Behandlungspflege) sowie dadurch, dass sämtliche, auch körperlich belastende Tätigkeiten in der Wohnung der Gepflegten in der Regel allein ausgeführt werden müssen. Das kann bewirken,

dass Pflegekräften für die als Sinn stiftend erlebte personale Zuwendung zu den Gepflegten sehr wenig Zeit verbleibt (Stadtler 2009: 43ff.).

6.1.3 Soziale Unterstützungsdienstleistungen im Rahmen von Quartierskonzepten

Die Bündelung und Weitergabe von Informationen, klare Zuständigkeiten und geringe Konkurrenz unter den Beteiligten eines Netzwerks stellen für jene, die im Alter auf vielfältige Dienste angewiesen sind, eine deutliche Erleichterung dar und können zur Erhöhung ihrer Lebensqualität beitragen. Ist das Quartier so gestaltet, dass es Möglichkeiten der Begegnung gibt, werden die Chancen erhöht, dass alte Menschen in Veränderungen und Entscheidungen einbezogen werden.

Wenn das Quartierskonzept als Ganzes analysiert werden soll, muss bedacht werden, dass es sich auf ein vielschichtiges Geflecht bezieht, das Vernetzung, Ehrenamt, sektorübergreifende Arbeit, Beratung und neue Organisationsformen einschließt. Es lässt sich nur schwer eine generelle Aussage für die einzelnen Analysedimensionen treffen, da Vieles von der Art der Gestaltung abhängt. Tendenziell kann aber festgehalten werden, dass sich Quartierskonzepte positiv auf die *Unterstützungsqualität* auswirken können.

In Bezug auf die *Kosteneffizienz* kann konstatiert werden, dass eine sozialraumorientierte Pflegelandschaft immer auch Kosten mit sich bringt. Aus volkswirtschaftlicher Sicht und in einer mittel- bis langfristigen Perspektive kann sich der Umbau der kommunalen Pflegelandschaft jedoch insofern rentieren, als spätere hohe Kosten reduziert werden. Die in vielen Kommunen bestehende Finanzkrise begünstigt perspektivisch die Einführung und Förderung solcher Quartierskonzepte, da diese Synergiepotenziale erschließen können.

Wie bereits zu Anfang dieses Ausblicks angedeutet wurde, kann im Rahmen von Quartierskonzepten die *Arbeitsqualität* nach unterschiedlichen Gruppen von Haupt- und Ehrenamtlichen bei der Erbringung von Unterstützungsdienstleistungen mitunter stark variieren. Die Arbeitsqualität der an diesen Dienstleistungen beteiligten Akteure wird z.B. geprägt von Personaleinsatz- und Arbeitsorganisationskonzepten auf der Ebene von Pflegedienstleistern und anderen personenbezogenen Dienstleistungsanbietern, der Aufgaben- und Arbeitsteilung zwischen unterschiedlichen personenbezogenen Dienstleistern sowie der akteursübergreifenden Handlungskoordination (z.B. Case- oder Care-Management) im Rahmen von Quartierskonzepten. Zudem sind die qualifikatorischen Voraussetzungen von Haupt- und Ehrenamtlichen sowie deren subjektive Ansprüche an eine ‚gute Arbeit‘ zu berücksichtigen. Um die Arbeitsqualität

im Rahmen von Quartierskonzepten abschätzen und bewerten zu können, bedarf es daher kontextspezifischer und fallbezogener Untersuchungen zu Quartierskonzepten.

Die Quartierskonzepte haben nicht in erster Linie die Arbeitsqualität im Blick, sondern die Unterstützungsqualität und insbesondere die Kosten. Bislang mangelt es noch an empirischen Analysen, welche die Arbeitsqualität von haupt- und ehrenamtlichen Kräften im Bereich sozialer Unterstützungsdienstleistungen vor dem Hintergrund neuer Quartierskonzepte untersuchen. Da gerade in solchen Quartierskonzepten die Kooperation unterschiedlicher Dienstleistungsanbieter betont wird, setzt dies eine komplexe Analyse der Arbeitsqualität voraus: Sie hat nicht nur die Bedeutung von Quartierskonzepten für die Arbeitsqualität von Beschäftigten einzelner Dienstleistungsanbieter und beteiligter Ehrenamtlicher in den Blick zu nehmen; vielmehr ist die konkrete Ausgestaltung von Quartierskonzepten auch im Hinblick auf mögliche ungeplante Effekte auf die Arbeitsqualität unterschiedlicher Beteiligter zu untersuchen, die sich gerade aus der spezifischen Form der Koordination und Kooperation sowie der Wettbewerbssituation im Bereich sozialer Dienste im lokalen Raum ergeben. Hierzu besteht noch erheblicher Forschungsbedarf.

Im Folgenden werden die hypothetischen Abschätzungen zu den potenziellen Folgen von Quartierskonzepten mit Blick auf das Produktivitätsdreieck *ASUDIA* in Bezug auf exemplarisch ausgewählte, für derartige Quartierskonzepte (zukünftig) relevante Elemente näher ausdifferenziert.

Der Einsatz von Ehrenamtlichen

Die Ambulantisierung sozialer Unterstützungsdienstleistungen und deren Weiterentwicklung setzen verstärkt auf die Mobilisierung ehrenamtlichen Engagements, auch jenseits der unmittelbaren Angehörigen von Gepflegten. Das Ehrenamt ist für die Quartierskonzepte notwendig im Sinne eines Hilfe-Mix und kann hervorragend an die Ebene Quartier angedockt werden. Für die *Unterstützungsqualität* kann festgehalten werden, dass der Einsatz von Ehrenamtlichen weniger die Pflegequalität (denn dafür braucht es qualifizierte Kräfte) als die Lebensqualität der Betroffenen erhöhen kann. Der Einsatz von Ehrenamtlichen stellt für Hilfsbedürftige vor allem einen anderen Kontakt dar, ein anderes Miteinander, vielleicht sogar an anderen Orten als in der eigenen Wohnung oder sonstigen Wohneinrichtungen. Ein für alte Menschen gerechtes Quartier erfüllt die Voraussetzungen für einen die Lebensqualität steigernden Einsatz von Ehrenamtlichen.

Unter *Kosteneffizienzgesichtspunkten* wurde bereits festgehalten, dass allein hauptamtlich ausgerichtete Unterstützungsdienstleistungen insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen des demografischen Wandels nicht zu finanzieren sind. Der volkswirtschaftliche Nutzen des Einsatzes Ehrenamtlicher ist also sehr groß. Jedoch muss mit Vorsicht gehandelt werden. Bürgerschaftliches Engagement setzt Freiwilligkeit voraus und sollte daher keinesfalls missbraucht werden. Gerade wenn Hauptamtliche (seien es Pflegende oder Beraterinnen und Berater) durch Ehrenamtliche ersetzt werden, kann dies fatale Auswirkungen auf die Unterstützungsqualität haben. Als Ergänzung ist ehrenamtliches Engagement jedoch wünschenswert.

In Bezug auf die *Arbeitsqualität* erweist sich der Einsatz von Ehrenamtlichen als kritischer Punkt. Zunächst müssen Anforderungen von Ehrenamtlichen an eine gute Arbeitsqualität weitgehend erfüllt sein, um zu vermeiden, dass Ehrenamtliche ihr freiwilliges Engagement frühzeitig aufkündigen. Arbeitspsychologische Studien verdeutlichen, dass für das ehrenamtliche Engagement erstens die Sinnhaftigkeit der freiwilligen Tätigkeit und zweitens Autonomiespielräume besonders bedeutsam sind (siehe als Überblick Wehner/Güntert 2007). Aus den wenigen empirischen Befunden, welche die Arbeitspsychologie bisher zur Arbeitsqualität von Ehrenamtlichen bereit stellt, lässt sich erkennen, dass ehrenamtliche Tätigkeit tendenziell positiv erlebt wird (ebd.). Es sind jedoch Zweifel an der Generalisierbarkeit derartiger Befunde angebracht, da hierbei zu stark von den einzelnen Aufgaben oder Tätigkeiten der Ehrenamtlichen ausgegangen wird, aber dem Interaktionskontext, z.B. der Kooperation von Haupt- und Ehrenamtlichen, zu wenig Beachtung geschenkt wird. Gerade in der Interaktion zwischen Haupt- und Ehrenamtlichen können stresserzeugende Konfliktpotenziale liegen. Die potenziellen gesundheitsbezogenen Probleme und Stressoren, die mit ehrenamtlichem Engagement im Bereich von Unterstützungsdiensten verbunden sind, gilt es noch näher zu erforschen.

Durch den Einsatz von Ehrenamtlichen kann die Arbeitsqualität der Hauptamtlichen auch beeinträchtigt werden, wenn ihnen Aufgaben, die sie als umfassenden Bestandteil ihrer Arbeit verstehen, entzogen werden. Ferner kann der Einsatz von Ehrenamtlichen dazu führen, dass hauptamtliche Kräfte in ihrer Tätigkeit auf die direkte Pflege beschränkt werden, was nicht ihrer fachlichen Ausbildung entspricht. Allerdings kann der adäquate Einsatz von Ehrenamtlichen auch dazu führen, dass hauptamtliche Kräfte entlastet werden.

Beratungsdienstleistungen im Rahmen von Quartierskonzepten

Beratungen, seien es spezielle Wohnberatungen oder die allgemeinen Beratungsleistungen der Pflegestützpunkte, können aus Sicht der *Unterstützungsqualität* als sehr positiv beurteilt werden. Betroffene und Angehörige können sich Rat einholen und werden mit ihren Problemen nicht alleine gelassen. Die *Kosteneffizienz* ist schwer zu beurteilen. Beratung und Pflegestützpunkte kosten Geld, es ist jedoch unklar, wann und inwiefern sich der finanzielle Einsatz rentiert. Auch hinter die *Arbeitsqualität* muss ein Fragezeichen gesetzt werden. Können sich beispielsweise Pflegefachkräfte zu Beraterinnen und Beratern weiterqualifizieren oder die präventiven Hausbesuche durchführen? Ist das der Fall, bieten sich für Pflegefachkräfte auch Alternativen zur direkten Pflegearbeit und Professionalisierungschancen außerhalb der Pflegearbeit. Für Beraterinnen und Berater kann die Arbeit Anerkennung und Ressourcen mit sich bringen, aber die Pflegearbeit selbst wird sich aus Sicht der Arbeitsqualität nicht verbessern, wenn es Beratungsangebote gibt.

Personenbezogene Dienstleistungen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung

Dienstleistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen können sich auf die drei Bereiche Kosteneffizienz, Unterstützungsqualität und Arbeitsqualität positiv auswirken. Für die *Unterstützungsqualität* kann festgehalten werden, dass Prävention und Gesundheitsförderung den Verbleib in der eigenen Wohnung verlängern können, was den Wünschen vieler Älterer entspricht. Ferner können sie die Lebensqualität erhöhen, wenn beispielsweise durch Prävention Schmerzen nicht entstehen oder abgeschwächt werden. Durch den längeren Verbleib in der eigenen Wohnung können zudem *Kosten* gesenkt werden, weil ein teurer Heimaufenthalt ausbleibt oder nach hinten verschoben werden kann. Leider lassen sich die positiven Effekte von Prävention schlecht messen. Daher kann nur schwer gegeneinander aufgerechnet werden, ob die Kosten für Präventionsmaßnahmen niedriger sind als die Kosten, die ohne Prävention entstehen könnten. Für die *Arbeitsqualität* gilt, was oben bereits beschrieben wurde. Wenn Pflegekräfte diese Berufe durch Weiterqualifizierung ausüben können, kann sich dies positiv auf ihre Professionalisierungsbestrebungen auswirken. Auf die Pflegearbeit selbst haben Dienstleistungen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen kaum Auswirkungen. Allerdings sind positive Auswirkungen auf die Arbeitsqualität und die Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften zu erwarten, wenn diese selbst in Maßnahmen der (betrieblichen) Prävention und Gesundheitsförderung einbezogen werden.

Das Konzept des Advanced Nursing Practice (ANP)

Wie bereits aufgezeigt wurde, ist das ANP-Konzept in Deutschland bisher kaum umgesetzt. Das ANP-Konzept könnte jedoch im Rahmen von Quartierskonzepten zukünftig eine größere Bedeutung erlangen, wenn ANP-Fachkräfte beispielsweise die Funktion von fallbezogenen Clearing- und Koordinationsstellen, d.h. Aufgaben der fallbezogenen Handlungskoordination unterschiedlicher personenbezogener Dienstleistungen für Gepflegte auf Quartiersebene übernehmen. ANP-Fachkräfte könnten damit auf einem höheren Qualifikationsniveau auch Aufgaben übernehmen, die früher Gemeindeschwestern ausgeübt haben.

Unter *Kostengesichtspunkten* könnte sich das Konzept der ANP positiv auswirken, wenn eine gute und frühzeitige Koordination von Unterstützungsdienstleistungen hohe Aufwendungen für stationäre Pflege vermeiden oder hinauszögern kann. Vermutlich würde sich auch die *Unterstützungsqualität* bei alten Menschen durch das ANP-Konzept verbessern lassen. Was die *Arbeitsqualität* angeht, enthält die Entwicklung zu ANP in jedem Fall Professionalisierungsschübe. Allerdings ist fraglich, was mit den „einfachen“ Tätigkeiten geschehen soll, die nicht von einer ANP übernommen werden. Grund- und Behandlungspflege werden auch weiterhin notwendig sein. Aber auch für die ANP selbst stellen sich Fragen der Arbeitsqualität. Die Anerkennung des Berufes ist positiv einzuschätzen. Die Ressourcen der ANP sind ebenfalls gestärkt, da größere Handlungsspielräume bestehen und ANP mehr Arbeitsautonomie besitzen und Verantwortung tragen. Die Aspekte Zeit, Belastung und Ergebnisqualität sind schwieriger zu beurteilen. Tendenziell bietet das Konzept aber viele Chancen – auch für die Arbeitsqualität. Jedoch bleiben auch Fragen offen, die erst in der konkreten Ausgestaltung von ANP beantwortet werden können. Und das ist das zentrale Problem: Aufgrund von Rahmenbedingungen im Gesundheitsbereich, wie die Vormachtstellung von Ärztinnen und Ärzten, erscheint die breite Entwicklung und Einführung von ANP in Deutschland aktuell unwahrscheinlich. Chancen der Verbreitung von ANP ergeben sich eventuell in Anbetracht der geringen Dichte von Ärztinnen und Ärzten in ländlichen Gegenden.

6.2 Fazit

Diese vorläufigen, hypothetischen Abschätzungen der Wirkungen neuerer Entwicklungstrends im Bereich ambulanter sozialer Unterstützungsdienstleistungen im Alter legen nahe, dass in den Dimensionen Kosteneffizienz und Unterstützungsqualität tendenziell eher positivere Effekte zu erwarten sind als im Hinblick auf die Arbeitsqualität. Dies erklärt sich nicht zuletzt aus der Tatsache, dass Kosteneffizienz und Unterstützungsqualität bisher zentrale, gesundheits- und sozialpolitisch relevante Entschei-

dungsparameter bilden, wohingegen die Arbeitsqualität eine nachrangige Bedeutung besitzt. Doch selbst die Wirkungen der neueren Entwicklungstrends auf Kosteneffizienz und Unterstützungsqualität sind nicht eindeutig positiv konnotiert, sondern bleiben teilweise widersprüchlich oder mehrdeutig, wie das Beispiel assistierender Technik in der Pflege zeigt.

Berücksichtigt man die zu Beginn des Kapitels aufgezeigten Erkenntnisdefizite, so ergibt sich daraus für die Forschung, zunächst auf kontextspezifische Untersuchungen zu setzen, in denen neuere Entwicklungstrends anhand exemplarischer empirischer Anwendungsfälle untersucht werden. Dabei gilt es vor allem, das komplexe, oft interdependente Wechselgefüge von Kosteneffizienz, Unterstützungs- und Arbeitsqualität kontextspezifisch zu untersuchen, um auf Basis derartiger Studien Aussagen über die Gestaltungsreichweite und -möglichkeiten zu treffen und entsprechende Interventionsmaßnahmen für eine ansatzweise Realisierung eines erweiterten Produktivitätsverständnisses auszuloten, zu entwickeln und zu erproben. Das COCKPIT-Vorhaben beabsichtigt, auf diesem Pfad einen Beitrag zu leisten. Der Trendreport bietet hierfür eine wichtige, die weitere Forschung und Entwicklung inspirierende Orientierungshilfe.

7 Literatur

- Aichele, Valentin/Schneider, Jakob (2006): Soziale Menschenrechte älterer Personen in Pflege. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte, 2. Auflage.
- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Arend, Arie van der/Gastmans, Chris (1996): Ethik für Pflegende. Bern: Huber.
- Bartholomeyczik, Sabine (2006): Prävention und Gesundheitsförderung als Konzepte der Pflege. In: Pflege & Gesellschaft. Jg. 11, Heft 3. Weinheim: Juventa. S. 210-223.
- Baumgärtner, Maria/Bienszeisler, Bernd (2006): Dienstleistungsproduktivität: Konzeptionelle Grundlagen am Beispiel interaktiver Dienstleistungen. Stuttgart: Fraunhofer IRB Verlag.
- Baumgärtner, Barbara/Halder, Luca/Kolip, Petra (2009): Perspektiven gesundheitsförderlichen Wohnens im Alter aus der Sicht 50-65-jähriger alleinlebender Frauen und Männer: Ansätze zur Entwicklung der Gesundheitsregion Bremen. Kurzfassung. IPP Bremen.
- Becke, Guido (2009): Nachhaltige Arbeitsqualität als Konzept gesundheitsförderlicher Gestaltung in der Wissensökonomie. In: Klaus Henning/ Frank Hees (Hg.), Innovationsfähigkeit stärken - Wettbewerbsfähigkeit erhalten. Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz als Treiber. Aachener Reihe Mensch und Technik, Bd. 60, Aachen. S. 340-355.
- Becke, Guido/Bleses, Peter/Schmidt, Sandra (2008): Gesundheitsförderung in KMU der IT- und Medienbranche. Ein Plädoyer für mehr ‚organisationale Achtsamkeit‘. In: Gesellschaft für Arbeitswissenschaft (Hg.): Arbeitsgestaltung für KMU. Herbstkonferenz der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft. 10.-11.09.2008 an der TU Ilmenau. Ilmenau. S. 285-294.
- Becke, Guido/Bleses, Peter/Schmidt, Sandra (2009): Nachhaltige Arbeitsqualität: Eine Perspektive für die Gesundheitsförderung in der Wissensökonomie. artec-paper Nr. 158. artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Universität Bremen.
- Becke, Guido/Bleses, Peter/Schmidt, Sandra (2010): Nachhaltige Arbeitsqualität – Ein Gestaltungskonzept für die betriebliche Gesundheitsförderung in der Wissensökonomie; in: Wirtschaftspsychologie, 12. Jg., H. 3, S. 60-68.
- Bienzeisler, Bernd/Löffler, Theodara (2006): Jenseits von Kennzahlen: Interaktionskompetenz zur Steigerung der Dienstleistungsproduktivität. In: Bruhn, Manfred/Stauss, Bernd (Hg.): Dienstleistungscontrolling. Forum Dienstleistungsmanagement. Wiesbaden: Gabler. S. 211-229.
- Böhle, Fritz/Brater, Michael/Maurus, Anna (1997): Pflegearbeit als situatives Handeln: Ein realistisches Konzept zur Sicherung von Qualität und Effizienz der Altenpflege. In: Pflege. Jg. 10, Heft 1. S. 18-22.
- Böhle, Fritz/Weishaupt, Sabine (2003): Unwägbarkeit als Normalität – die Bewältigung nicht-standardisierbarer Anforderungen in der Pflege durch subjektivierendes Handeln. In: Büssing,

- André/Glaser, Jürgen (Hg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hofgrete. S. 149-162.
- Böhle, Fritz/Glaser, Jürgen (2006): Interaktion als Arbeit – Ausgangspunkt. In: dies. (Hg.): Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. Wiesbaden: VS Verlag. S. 11-15.
- Böhme, Christa/Franke (2010): Soziale Stadt und ältere Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 43, Heft 2. S. 86-90.
- Bornheim, Nicole (2008): Arbeitsqualität als Ansatzpunkt für eine sozial nachhaltige Gestaltung flexibler Arbeitsformen – das Beispiel Pflege. In: Becke, Guido (Hg.): Soziale Nachhaltigkeit in flexiblen Arbeitsstrukturen. Berlin: LIT-Verlag. S. 169-184.
- Bubolz-Lutz, Elisabeth (2006): Pflege in der Familie. Perspektiven. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal, Dortmund/Berlin/Dresden; Wirtschaftsverlag NW, Verlag für neue Wissenschaft GmbH.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2010): Gute Führung in der Pflege. Dortmund.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hg.) (2009): Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune. Kurz-Expertise. Berlin.
- Burkhard, Werner (2009): Die Tagespflege in der Altenhilfe. Ein noch junges Versorgungsangebot mit Effekten auf die vollstationäre Altenhilfe. De-Institutionalisierungsprozesse in der bundesdeutschen Altenhilfe/-pflege. In: Zeitschrift Pflegewissenschaft, Jg. 11, Heft 12. S. 645-652.
- Büssing, André (1997): Neue Entwicklungen in der Krankenpflege. Reorganisation von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege; in: Ders. (Hg.): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie. S. 15-48.
- Büssing, André/Glaser, Jürgen (2003a): Interaktionsarbeit in der personenbezogenen Dienstleistung. In: dies. (Hg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hofgrete. S. 131-148.
- Büssing, André/Glaser, Jürgen (2003b): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus: Einleitung und Überblick. In: dies. (Hg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hofgrete. S. 15-34.
- Christen, Olaf (2009): Wo stehen wir heute in der Altenhilfe? Eine Bestandsaufnahme. In: Zeitschrift Theorie und Praxis der sozialen Arbeit. Jg. 60, Heft. 2. S. 105-112.
- Darmann-Finck, Ingrid/Friesacher, Heiner (2009): Editorial: Professionalisierung muss am Kern des Pflegerischen ansetzen. In: ippinfo. Ausgabe 7. IPP Universität Bremen. S. 1-2.
- DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.) (2010): Handlungshilfe zur Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige, Berlin.

- DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.) (2007): Advanced Nursing Practice: Die Chance für eine bessere Gesundheitsversorgung in Deutschland, DBfK-Verlag: <http://www.dbfk.de/download/download/Advanced-Nursing-Practice-final2007-08-29.pdf>
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) (Hg.) (2007): Pflege thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus. Köln.
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) (Hg.) (2010): Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld – Innovationen für Menschen mit Pflegebedürftigkeit und Behinderung. Hannover: Schlütersche.
- Dockter-Kausen, Iris (2007): Wohl der Gemeinschaft: Ehrenamt. In: Altenpflege. Jg. 32, Heft 1. S. 30-32.
- Dunkel, Wolfgang (1988): Wenn Gefühle zum Arbeitsgegenstand werden. Gefühlsarbeit im Rahmen personenbezogener Dienstleistungen. In: Soziale Welt. Jg. 39, Heft 1. S. 66-85.
- Dunkel, Wolfgang (2005): Zur Lebensführung von Pflegekräften. In: Schroeter, Klaus R./Rosenthal, Thomas (Hg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 227-246.
- Dunkel, Wolfgang/Voß, Gerd Günter (2004): Dienstleistung als Interaktion: Beiträge aus einem Forschungsprojekt; Altenpflege, Deutsche Bahn, Call Center. München [et al.]: Hampp.
- Engel, Frank/Sickendiek, Ursel (2005): Beratung – ein eigenständiges Handlungsfeld mit neueren Herausforderungen. In: Pflege & Gesellschaft. Jg. 10, Heft 4. S. 163-171.
- Evers, Adalbert (2002): Auf dem Weg zu einem neuen Wohlfahrtsmix? Pflege im Alter und der mögliche Beitrag der Bürgergesellschaft. In: Institut für Soziale Infrastruktur (ISIS) (Hg.): Grundsatzthemen der Freiwilligenarbeit. Theorie und Praxis des sozialen Engagements und seine Bedeutung für ältere Menschen. Stuttgart, Marburg, Erfurt: Verlag Peter Wiehl. S. 85-100.
- Evers, Adalbert (2011): Wohlfahrtsmix und soziale Dienste. In: Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G./Olk, Thomas (Hg.): Handbuch Soziale Dienste. Wiesbaden: VS. Verlag. S. 265-283.
- Evers, Adalbert/Ewert, Benjamin (2010): Hybride Organisationen im Bereich sozialer Dienste. Ein Konzept sein Hintergrund und seine Implikationen. In: Klatetzki, Thomas (Hg.): Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen. Soziologische Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag. S. 103-128.
- Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G./Olk, Thomas (2011): Einleitung: Soziale Dienste – Arenen und Impulsgeber sozialen Wandels. In: dies (Hg.): Handbuch Soziale Dienste. Wiesbaden: VS. Verlag. S. 9-34.
- Evetts, Julia (2003): The Sociological Analysis of Professionalism: occupational change in the modern world. International Sociology. Jg. 18, Heft 2. S. 395-415.
- Freidson, Elliot (2001): Professionalism: the third logic. Blackwell, Cambridge. Polity Press.
- Friesacher, Heiner (2009): Technik und Ethik. In: ippinfo. Ausgabe 8. IPP Universität Bremen. S. 12-13.

- Fringer, André/Mayer, Herbert/Schnepp, Wilfried (2010): Das Ehrenamt bei der Unterstützung von Pflegebedürftigen und ihren Familien: Profil und Motive. In: *Pflege*. Jg. 23, Heft 3. S. 173-180.
- Fröhner, Klaus D./Boothby, Stephan/Schulze, Thorsten (2002): Bilanzierung von Verfahren der Erweiterten Wirtschaftlichkeitsrechnung für die betriebliche Praxis. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW – Verlag für Neue Wissenschaft.
- Glaser, Jürgen/Höge, Thomas (2005): Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften. Expertise im Auftrag des BAuA. Dortmund, Berlin Dresden: Baua.
- Görres, Stefan/Nachtmann, Juliane (2009): Alter, Wohnen und Technik: Die Zukunft hat begonnen. In: *ippinfo*. Ausgabe 8. IPP Universität Bremen. S. 1-2.
- Gottschall, Karin (2008): Soziale Dienstleistungen zwischen Informalisierung und Professionalisierung – oder: der schwierige Abschied vom deutschen Erbe sozialpolitischer Regulierung. In: *Zeitschrift Arbeit*. Jg. 17, Heft 4. S. 254-267.
- Güntert, Bernhard J. (2003): Gesundheitsstrukturreform und Gesundheitsökonomie – ein Blick nach Europa. In: Büsing, André/Glaser, Jürgen (Hg.): *Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hofgrete. S. 37-56.
- Hacker, Wilfried (2006): Interaktive/dialogische Erwerbsarbeit – zehn Thesen zum Umgang mit einem hilfreichen Konzept. In: Böhle, Fritz/Glaser, Jürgen (Hg.): *Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung*. Wiesbaden: VS Verlag. S. 17-24.
- Hamric, Ann B. (2009): A Definition of Advanced Practice Nursing. In: Hamric, Ann B./Spross, Judith A./Hanson, Charlene M. (Hg.): *Advanced Practice Nursing. An integrative approach*. St. Louis: Saunders/Elsevier, S. 75-94.
- Heil, Günther (2011): Das Pflegeheim der Zukunft; in: *Die Schwester – Der Pfleger*, Nr. 12/2011, 50 Jg. S. 1152-1157.
- Heinze, Rolf G./Keupp, Heiner (1997): Gesellschaftliche Bedeutung von Tätigkeiten außerhalb der Erwerbsarbeit. In: „Kommission für Zukunftsfragen“ der Freistaaten Bayern und Sachsen (Hg.): *Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit in Deutschland. Entwicklung, Ursachen und Maßnahmen. Anlageband: Gutachten im Auftrag der „Kommission für Zukunftsfragen“ der Freistaaten Bayern und Sachsen*. München, Dresden, Bonn. Band 3: *Zukunft der Arbeit sowie Entkopplung von Erwerbsarbeit und sozialer Sicherung*. S. 107-241.
- Herder-Dorneich, Philipp/Kötz, Werner (1972): *Zur Dienstleistungsökonomik: Systemanalyse und Systempolitik der Krankenhauspflegedienste*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Hochschild, Arlie R. (1979): Emotion work, feeling rules, and social structure. *American Journal of Sociology*, 85. S. 551-575.
- Hochschild, Arlie R. (1983): *The managed heart: Commercialisation of human feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Hochschild, Arlie R. (1990): *Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle*. Frankfurt/M., New York: Campus.

- Hollbach-Grömig, Beate/Seidel-Schulze, Antje. (2007): Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene. Eine Bestandsaufnahme. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Hülsken-Giesler, Manfred (2007): Pflege und Technik – Annäherung an ein spannungsreiches Verhältnis. Zum gegenwärtigen Stand der internationalen Diskussion. Teil 1 und Teil 2. In: Pflege. Jg. 20, Heft 2 und 3. S. 103-112 und 164-169.
- Iseringhausen, Olaf (2010): Psychische Belastungen und gesundheitliches Wohlbefinden von Beschäftigten im Krankenhaus; in: Badura, Bernhard/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Macco, Katrin (Hg.): Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern. Berlin/Heidelberg: Springer. S. 117-128.
- Krause, Michael/Evers, Janina/Hafkesbrink, Joachim (2012): Trendreport ambulante soziale Unterstützungsdienstleistungen im Alter – Ökonomische Perspektiven. artec-paper Nr. 178. artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Universität Bremen.
- Kumbruck, Christel (2009): Veränderungen in den Beziehungsaspekten der Pflegearbeit – eine qualitative Studie zur kirchlichen Pflegearbeit; in: Arbeit. Jg. 18, Heft 1, S. 63-75.
- Kumbruck, Christel (2010): Menschenwürdige Gestaltung von Pflege als Interaktionsarbeit. In: Becke, Guido/Bleses, Peter/Ritter, Wolfgang/Schmidt, Sandra (Hg.): Decent Work. Arbeitspolitische Gestaltungsperspektive für eine globalisierte und flexibilisierte Arbeitswelt. Festschrift zur Emeritierung von Eva Senghaas-Knobloch. Wiesbaden: VS Verlag. S. 187-207.
- Kumbruck, Christel/Senghaas-Knobloch, Eva (2006): Das Ethos fürsorglicher Praxis im Wandel – Befunde einer empirischen Studie. artec-paper Nr. 137. artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Universität Bremen.
- Kumbruck, Christel/Rumpf, Mechthild/Senghaas-Knobloch, Eva (2010): Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Münster: LIT-Verlag.
- Krenn, Manfred (2003): Mobile Pflege und Betreuung als interaktive Arbeit: Anforderungen und Belastungen. FORBA-Forschungsbericht Nr. 03/2003. Wien.
- Krieg-Brückner, Bernd (2009): Technik für Senioren in spe. In: ippinfo. Ausgabe 8. IPP Universität Bremen. S. 6.
- Lauxen, Oliver (2009): Moralische Probleme in der ambulanten Pflege – eine deskriptive pflegeethische Untersuchung. In: Pflege. Jg.22, Heft 6. S. 421-430.
- Marrs, Kira (2007): Ökonomisierung gelungen, Pflegekräfte wohlauf? In: WSI-Mitteilungen, Jg. 60, Heft 9, S. 502-507.
- Merchel, Joachim (2003): Zum Stand der Diskussion über Effizienz und Qualität in der Produktion sozialer Dienstleistungen. In: Möller, Michael (Hg.): Effektivität und Qualität sozialer Dienstleistungen. Kassel: Kassel Univ. Press. S. 4-25.
- Michaelis, Martina (2005): Pflege als extreme Verausgabung: arbeitssoziologische Aspekte. In: Schroeter, Klaus R./Rosenthal, Thomas (Hg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 263-277.

- Michell-Auli, Peter/Sowinski, Christine (2011): KDA-Quartierskonzept: „Wir müssen die Strukturen vor Ort gezielt aufbauen“ (Interview, geführt von Brigitte Teigeler); in: Die Schwester – Der Pfleger, 12/2011, 50. Jg. S. 1158-1162.
- Müller, Klaus/Thielhorn, Ulrike (2000): Zufriedene Kunden? Die Qualität ambulanter Pflege aus Sicht der Patienten. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Naegele, Gerhard (2007): Demografischer Wandel und Arbeitswelt – Reformbedarf unter besonderer Berücksichtigung der (Alten)Pflegeberufe. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, Jg. 58, Heft 6. S. 4-11.
- Naegele, Gerhard (2010): Kommunen im demographischen Wandel. Thesen zu neuen An- und Herausforderungen für die lokale Alten- und Seniorenpolitik. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 43, Heft 2. S. 98-102.
- Naegele, Gerhard (2011): Soziale Dienste für ältere Menschen. In: Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G./Olk, Thomas (Hg.): Handbuch Soziale Dienste. Wiesbaden: VS. Verlag. S. 404-424.
- SONG (Netzwerk: Soziales neu gestalten) (2008): Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Themenheft 2: Gemeinsam mehr erreichen – Lokale Vernetzung und Kooperation.
- SONG (Netzwerk: Soziales neu gestalten) (2009): Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Themenheft 1: Hilfe-Mix – Ältere Menschen in Balance zwischen Selbsthilfe und (professioneller) Unterstützung.
- SONG (Netzwerk: Soziales neu gestalten) (2009a): Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Themenheft 4: Neue Wohnformen im Alter – Finanzierungsmöglichkeiten innovativ gestalten.
- Oesterreich, Detlef/Schulze, Eva (2009): Akzeptanz technischer Innovationen im Gesundheitsbereich. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung zu neu entwickelten AAL-Geräten für einen Verbleib in der eigenen Wohnung. In: ippinfo. Ausgabe 8. IPP Universität Bremen. S. 8-9.
- Peter, Richard (2010): Von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen, Belohnungen und betrieblicher Gerechtigkeit: Die Modelle Demand-Control und berufliche Gratifikationskrisen; in: Gudrun Faller (Hg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Huber, S. 59-69.
- Pflegestützpunkte-online.de: <http://gesundheits-und-pflegeberatung.de/html/pflegestuetzpunkte.html> (Zugriff 14.04.2011)
- Piorkowsky, Michael-Burkhard (2010): (Un-)Zufriedenheit mit der kommunalen Infrastruktur. Wie bewerten Seniorinnen und Senioren ihre Lebensbedingungen? In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 43, Heft 2. S. 82-85.
- Rommel-Faßbender, Ruth (2009): Case und Care Management – Bedarf und Anforderungen in der Altenhilfe. In: Zippel, Christian/Kraus, Sibylle (Hg.): Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch für die berufliche Praxis. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag. S. 150-177.
- Rieder, Kerstin (1999): Zwischen Lohnarbeit und Liebesdienst. Weinheim: Juventa.

- Rinderspacher, Jürgen/Hermann-Stojanov, Irmgard/Pfahl, Svenja/Reuyb, Stefan (2009): Zeiten der Pflege. Eine explorative Studie über individuelles Zeitverhalten und gesellschaftliche Zeitstrukturen in der häuslichen Pflege. Münster: LIT-Verlag.
- Roth, Günther (2007): Dilemmata in der Altenpflege: Die Logik eines prekären sozialen Feldes. In: Berliner Journal für Soziologie, Jg. 17, Heft 1. S. 77-96.
- Rothgang, Heinz (2008): Die Reform der Pflegeversicherung. In: ZeS Report, Jg. 13, Heft 2, S.1-5, Zentrum für Sozialpolitik. Universität Bremen.
- Rumpf, Mechthild (2010): Häusliche Pflegearrangements und ihre Zukunftsfähigkeit. In: Kumbruck, Christel/Rumpf, Mechthild/Senghaas-Knobloch, Eva (2010): Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Münster: LIT-Verlag. S. 107-163.
- Sachs, Marcel (2007): „Advanced Nursing Practice“-Trends: Implikationen für die deutsche Pflege. Ein Literaturüberblick mit Beispielen aus den USA, Großbritannien und den Niederlanden. In: Pflege & Gesellschaft. Jg. 12, Heft 2. S. 101-117.
- Sachverständigenrat für die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (2002): Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I. Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Deutscher Bundestag. Drucksache 14/5660.
- Schmidt, Roland/Klie, Thomas (1999): Folgen der Ökonomisierung des Sozialen – Der Paradigmenwechsel am Beispiel Pflege. In: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit. Jg. 50, Heft 1. S. 14-17.
- Schmidt, Roland/Klie, Thomas (2000): Angebotsstrukturen von Pflege und Wohnen und Regulierungsstrategien im Wandel – Wirkungen auf Altenhilfe und Pflegewesen. Einführung. In: Entzian, Hildegard/Giercke, Klaus Ingo/Kli, Thomas/Schmid, Roland (Hg.): Soziale Gerontologie. Forschung und Praxisentwicklung im Pflegewesen und in der Altenarbeit. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag. S. 9-16.
- Senghaas-Knobloch, Eva (2005): Fürsorgliche Praxis und die Debatte um einen erweiterten Arbeitsbegriff in der Arbeitsforschung; in: Kurz-Scherf, Ingrid/Correll, Lena/Janczyk, Stefanie (Hg.): In Zukunft: Arbeit. Die Zukunft der Arbeit liegt in ihrem Wandel. Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 54-68
- Senghaas-Knobloch, Eva (2008): Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis. In: Berliner Journal für Soziologie. Jg. 18, Heft 2. S. 221-243
- Senghaas-Knobloch, Eva (2010a): ‚Decent Work‘ – eine weltweite Agenda für Forschung und Politik; in: Guido Becke; Peter Bleses; Wolfgang Ritter; Sandra Schmidt (Hrsg.): ‚Decent Work‘. Arbeitspolitische Gestaltungsperspektive für eine globalisierte und flexibilisierte Arbeitswelt. Wiesbaden: VS Verlag, S. 15-33.
- Senghaas-Knobloch, Eva (2010b): Der Wandel der Geschlechterverhältnisse und der Erwerbsarbeit in seinen Auswirkungen auf Sorgetätigkeiten. In: Kumbruck, Christel/Rumpf, Mechthild/Senghaas-Knobloch, Eva (2010): Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Münster: LIT-Verlag. S. 39-62.

- Senghaas-Knobloch, Eva (2010c): Institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen fürsorglicher Praxis in der Pflege. In: Kumbruck, Christel/Rumpf, Mechthild/Senghaas-Knobloch, Eva (2010): Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Münster: LIT-Verlag. S. 85-106.
- Senghaas-Knobloch, Eva./Kumbruck, Christel (2008): Das Ethos fürsorglicher Praxis im Wandel – Befunde einer empirischen Studie. artec-paper Nr. 137, artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Universität Bremen.
- Siegrist, Johannes (1996): Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen et al.: Hogrefe
- Simon, M.; Tackenberg, P.; Hasselhorn, H.-M.; Kümmerling, A.; Büscher, A. & Müller, B.H. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal. <http://www.next.uni-wuppertal.de>
- Sing, Dorit/Landauer, Gudrun (2006): Förderung von Interaktionsarbeit in der Praxis – Erfahrungen der betrieblichen Erprobung im Altenpflegeheim. In: Böhle, Fritz/Glaser, Jürgen (Hg.): Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. Wiesbaden: VS Verlag. S. 107-129.
- Slotala, Lukas/Bauer, Ullrich (2009): „Das sind bloß manchmal die fünf Minuten, die fehlen. Pflege zwischen Kostendruck, Gewinninteressen und Qualitätsstandards. In: Pflege und Gesellschaft. Jg. 14, Heft 1. S. 54-66.
- Spirig, Rebecca/De Geest, Sabina (2004): Advanced Nursing Practice lohnt sich! In: Pflege. Jg. 17, Heft 4. S. 233-236.
- Stadtler, Daniela (2009): Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der ambulanten Pflege vor dem Hintergrund des Demografischen Wandels. Manuskript. Masterarbeit an der Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Sozialwissenschaft. Bochum.
- Statistisches Bundesamt (2009): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011): Geburtenentwicklung. Wiesbaden. <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/AktuellGeburtenentwicklung,templateId=renderPrint.psm#Geburtenziffer>
- Strauss, Anselm/Fagerhaugh, Shizuko/Suczek, Barbara/Wiener, Carolyn (1980): Gefühlsarbeit. Ein Beitrag zur Arbeits- und Berufssoziologie. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Jg. 32, Heft4, S. 629-651.
- Tyll, Susanne (2009): Wohnen im Alter. In: Zippel, Christian/Kraus, Sibylle (Hg.); Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch für die berufliche Praxis. Mabuse Verlag. Frankfurt/Main. S. 178-198.
- Ulrich, Anja/Hellstern, Peter/Kressig, Reto W. /Eze, Germaine/Spirig, Rebecca (2010): Advanced Nursing Practice (ANP) im direkte Pflegealltag: Die pflegerische Praxisentwicklung eines akutiatriischen Teams. In: Pflege. Jg. 23, Heft 6. S. 403-410.

- Voges, Wolfgang (2002): Pflege alter Menschen als Beruf. Soziologie eines Tätigkeitsfeldes. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Waerness, Kari (2000): Fürsorgerationalität. In: Feministische Studien extra: Fürsorge, Anerkennung, Arbeit. Jg. 18, Heft 1. S. 54-66.
- Wehner, Theo/Güntert, Stefan T. (2007): Frei-gemeinnützige Arbeit (Voluntary Work); in: Heinz Schuler; Karlheinz Sonntag (Hrsg.): Handbuch der Arbeits- und Organisationspsychologie. Göttingen, Bern, Wien et al.: Hogrefe, S. 789-794
- Weigl, Matthias/Glaser, Jürgen (2006): Evaluation der Förderung von Interaktionsarbeit – Befunde der wissenschaftlichen Begleitforschung im Altenpflegeheim. In: Böhle, Fritz/Glaser, Jürgen (Hg.): Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. Wiesbaden: VS Verlag. S. 131-152.
- Weishaupt, Sabine (2006): Subjektivierendes Arbeitshandeln in der Altenpflege – die Interaktion mit dem Körper. In: Böhle, Fritz/Glaser, Jürgen (Hg.): Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. Wiesbaden: VS Verlag. S. 85-106.
- Wilkening, André (2011): Mit Case Management erfolgreich Prozesse verändern. In: Die Schwester Der Pfleger. Jg. 50, Heft 1. S. 72-75.
- Winter, Maik H.-J. (2005): Pflege in prekärer Sonderstellung: berufssoziologische Aspekte. In: Schroeter, Klaus R./Rosenthal, Thomas (Hg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 279-297.
- Wohlfahrt, Norbert (1999): Die Freie Wohlfahrtspflege auf dem Prüfstand (II). Zwischen Ökonomisierung und verbandlicher Erneuerung: die freie Wohlfahrtspflege auf dem Weg in einen veränderten Wohlfahrtsmix. In: Zeitschrift Theorie und Praxis der sozialen Arbeit. Jg. 50, Heft 1. S. 3-8.
- Zegelin, Angelika (2007): Quelle der Vielfalt. Ehrenamt. In: Altenpflege. Jg. 32, Heft. 1. S. 26-29.
- Zimber, Andreas (1999): Arbeitsbelastung und Beanspruchung in der Altenpflege. Forschungsstand in der Bundesrepublik Deutschland. In: Zimber, Andreas/Weyerer, Siegfried (Hg.): Arbeitsbelastung in der Altenpflege. Hofgrefe-Verlag. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle. S. 170-184.
- Zimber, Andreas/Albrecht, Anja/Weyerer, Siegfried (1999): Die Beanspruchungssituation in der stationären Altenhilfe nach Einführung der Pflegeversicherung: Ergebnisse einer Verlaufsstudie. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaften Jg. 53, HEFT 3. S. 194-201.